



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



№4 (приложение), 2016

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№4 (приложение), 2016 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.



Сборник материалов

81-й Всероссийской итоговой молодежной научной конференции

с международным участием

«Вопросы теоретической и практической медицины»,

Уфа, 18-20 апреля 2016 г.

(приложение)

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Г.Г. Давлятова, М.А. Уразбаев, Л.В. Селиванова, Э.А. Кадырова, Л.А. Валеева	30
ПОИСК АНТИДЕПРЕССАНТОВ СРЕДИ НОВЫХ	
ПРОИЗВОДНЫХ КСАНТИНИЛТИОУКСУСНЫХ КИСЛОТ	
Д.Х. Яппарова, С.М.Измайлова	34
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	
КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
Д. Н. Овсяк	38
МОРФОЛОГИЯ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ	
Т.Т. Смағұл, А. В. Зиганьшина	44
«МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДУХА В УЧЕБНЫХ	
АУДИТОРИЯХ ЗКГМУ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА»	
К.И. Сирачев, Д.К. Казалова, А.А. Андриянова, С.М. Измайлова	47
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ВОДОЕМОВ ГОРОДА	
НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ ПО СТАБИЛЬНОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРЕБРЯНОГО	
КАРАСЯ CARASSIUS GIBELIO	
А.А.Сапронова, Е.А. Красильникова, О.С. Целоусова	54
АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ	
ПЕРВОКУРСНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36	
А.И. Петрова, Л. Т. Городничева, С. М. Измайлова	57
МЕТОДЫ БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
А.В. Пахомова, Д.Н. Куватова, В.Р. Зарипова	61
ВЛИЯНИЯ АРОМАТОВ РОЗМАРИНА И КЕДРА НА УМСТВЕННУЮ	
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ВНИМАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ 15-17 ЛЕТ	
А.Р. Мингазова, А.Д. Латыпова, С. М. Измайлова	67
ВЛИЯНИЕ ШОКОЛАДА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, МАССУ ТЕЛА,	
УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И САХАРА В КРОВИ	
Т.И. Мальцева, А.А. Романова, О.С. Целоусова	72
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ БГМУ	
А.М. Мавлеткулов, Э.С. Газизова, С. М. Измайлова	77
ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ И СИГАРЕТНОГО ДЫМА НА ОРГАНИЗМ	
ПОДРОСТКА	

Э.Р. Кудояров, Д.Д. Каримов, Д.О. Каримов, Д.А. Смолянкин, Э.Ф. Репина	81
ОЦЕНКА ГЕНОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АКРИЛАМИДА НА ЛИМФОЦИТЫ МЫШЕЙ	
В.А. Копылов, Ю.П. Устюжанина, А.Т. Волкова	84
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	
Д.И. Хусаинова, А.Р. Насыров, Л.Н. Хусаинова	90
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАСТОЦИСТОЗА	
Д.Н. Куватова, Г.Р. Касимова, Л.Ф. Хисамутдинова	95
ПОВЕДЕНИЯ ЖИВОТНЫХ ПЕРЕД ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ	
М.А. Камалова, Ф.Ф. Мусыргалина, О.С. Целоусова	101
КЛЕЩ РОДА DEMODEX КАК ПРИЧИНА ПАПУЛОПУСТУЛЕЗНОГО ДЕРМАТОЗА	
А.А. Халимова, Е.О. Зеброва, Г.И. Лукманова	106
МОРФОЛОГИЯ ЗРЕЛЫХ ЧЛЕНИКОВ ЛЕНТЕЦА ШИРОКОГО ИЗ ОЧАГА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
Е. А. Дьяконова	109
ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА ОМЕГА-ПОТЕНЦИАЛ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЛИНИИ WAG/RIJ	
А.А. Бахтигареева, Л.Р. Сахипова, А.Т. Нуриева, Л.Н. Шамсутдинова, Г.Г. Давлятова	113
ПСИХОТРОПНАЯ АКТИВНОСТЬ СОЛЕЙ КСАНТИНИЛТИОУКСУСНЫХ КИСЛОТ, СОДЕРЖАЩИХ ТИЕТАНОВЫЙ ЦИКЛ	
А.И. Гареева, И.М. Морозова, О.С. Целоусова	119
ИЗУЧЕНИЕ ПЛОТНОСТИ СИНАНТРОПНЫХ ВИДОВ ПТИЦ НА ТЕРРИТОРИИ ДЕМСКОГО РАЙОНА г. УФЫ	
А.Р. Галиакберова, С. М. Измайлова	123
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНИТЕТА И СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ	
Э.Д. Гайнуллина, К.О. Перышкина, А.Т. Волкова	128
МЕЛКИЕ МЛЕКОПИТАЮЩИЕ ОКРЕСНОСТЕЙ Г.УФЫ	
С.В.Габдуллина, А.Р.Хамидуллина	133
РЕДАКТИРОВАНИЕ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЭМБРИОНОВ	
А.И. Вяткина, Ф.Ф. Мусыргалина, Немов А.В.	137
АСПЕКТЫ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УЛЬТРАЗВУКА	

А.И. Вяткина, Л.М. Рафикова, М.М. Туйгунов, А.В.Немов	141
МИКРОФЛОРА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ИСПОРЧЕННОСТИ ФРУКТОВ	
В.А. Волкова, А.Г. Тимофеева	145
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	
Т.Н. Васильева, С.О.Шавкова, Р.И. Султанова, Д.Н. Куватова	151
КЛОНИРОВАНИЕ РАСТЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
С.Г. Байтимеров, Р.И.Фархутдинов	156
ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Е. Э. Аксюкова, А.Т. Волкова	162
ВИДОВОЙ СОСТАВ НАПОЧВЕННЫХ БЕСПОЗВОНОЧНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПАХ ШИРОКОЛИСТВЕННОГО ЛЕСА	
ХИМИЧЕСКИЕ НАУКИ. НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ. ФАРМАКОЛОГИЯ.	
М.Ю. Градусова, А.Ю. Лазарева, Р.Р. Китапова, И.В. Федько	168
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ МЫШЕЙ В ТЕСТЕ «ОТКРЫТОЕ ПОЛЕ» ПРИ ВВЕДЕНИИ ЭКСТРАКТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	
Э.М.Муратов, Ю.Л. Баймурзина	171
СРАВНЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ НЕКОТОРЫХ ПРОДУКТОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМАХ	
Р. Ф. Гизатуллина, И.Я. Фаттахова, А.В. Шумадалова	176
СИНТЕЗ АМИНОЗАМЕЩЕННЫХ ТИЕТАНИЛУРАЦИЛА	
А.А. Мадатова, Г.Р. Давлетгареева, А.С. Крайняя	179
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ШКОЛЬНИКОВ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА	
А.Р. Кутлубаева, В.И. Мальцева	182
РОЛЬ ЛЕЙКОТРИЕНОВ В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	

О.А. Казамирова	186
СОВЕРМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОХИМИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	
И.Ф.Кадаев, Л.З.Турумтаева, К.В. Фаткуллин, А.Е. Ряховский	192
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕТГЕМОГЛОБИНЕМИИ	
А.А.Долганов	195
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОГО РАСТВОРА СОГЛАСНО МЕТОДИКЕ КРОВЯНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ ДЛЯ ЗАЩИТЫ МИОКАРДА ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
Г.Р.Галяутдинова., Л.А. Мхитарян, А.Е. Ряховский, К.В. Фаткуллин	200
ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ КРЫС ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ	
ХИРУРГИЯ №1	
К.И. Лукманова, М.А. Нуртдинов	203
ПОИСК КОРРЕЛЯЦИЙ МЕЖДУ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ	
А.Р. Нуриева, О.М. Мамедова, Ю.А.Бадретдинова, И.А.Журавлев	209
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ	
Э.Р. Гильмиярова	214
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭВОЛЮЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ХИРУРГИИ	
ХИРУРГИЯ № 2	
Д.А. Абдрахманова, Е.А. Кумаев	218
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК	
Л.И. Баширова, Г.А. Биктимирова, И.И. Лутфарахманов	222
КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ	
Э. Ф. Биктимерова, В. В. Мунасыпова	227
КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОПИИ В	

УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Э. Ф. Биктимерова, В. В. Мунасыпова 231

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕФРАКЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ШКОЛЬНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г. УФА ПО ДАННЫМ
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №5**

Р.Р. Валеева 235

**АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ КАТАРАКТ У
ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ**

Р.А. Гаврилова 238

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНЪЮНКТИВИТАМИ
ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В КАБИНЕТ НЕОТЛОЖНОЙ
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Ю.Э. Даминов, А.С. Муртазин, Л.Р. Зиннатуллина 241

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ ТРЕНАЖЕРА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ТЕХНОЛОГИИ 3D-ПЕЧАТИ ДЛЯ ТРЕНИНГА ОПЕРАЦИИ
ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

Д.Б. Жаксымбетов, Д.К. Сабыков, С.К. Рахимов 247

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ШВА
НА АХИЛЛОВЫХ СУХОЖИЛИЯХ В ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

М. М. Зиятдинова, Л.Р. Сулейманова 252

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИРИДОЦИКЛИТОВ ПО ДАННЫМ
ГОСУДАРСТВЕННОГО ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГКБ №10**

Г.М. Идрисова, А.А. Александров, Р.Г. Мухаметов 257

**РЕЗУЛЬТАТЫ ФЕМТОLASIK С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ФЕМТОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА LENSX**

И.С. Караульщикова, А.Ф. Самигуллина 261

**ОЦЕНКА ЗРИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

А.С. Муртазин, Ю.Э. Даминов, Л.Р. Зиннатуллина 266

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО
ПРОЕКТИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ АРТРОПЛАСТИКИ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

Э.М. Рахимова, К.А. Воробьева	270
АНАЛИЗ ВРЕМЕНИ МЕЖДУ YAG-ЛАЗЕРНОЙ ДИСЦИЗИЕЙ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА И ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЕЙ КАТАРАКТЫ	
Г.Г. Сафутдинова, З.О. Ханнанова	273
СТРУКТУРА КЕРАТИТОВ ПО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГКБ №10 г.УФА ЗА 2015 г.	
Т.Э. Таипов	277
ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	
Л.Ф. Хисамиева, Ю.П.Петрова, Н.В.Афанасьева.	282
НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ, ПРОБЛЕМЫ НА ПУТИ К ЛЕЧЕНИЮ	
Г.И. Чалык	287
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	
В.В. Кудряшов, А.А. Измайлов, Р.Р. Гарипов, А.С. Сивков, А.А. Махмутьянова, В.А. Прокофьева	300
РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ-ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	
А.С. Сивков, Р.Р. Гарипов. В.А. Прокофьева, В.В. Кудряшов, А.А. Измайлов	305
ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	
В.В. Кудряшов, А.С. Сивков, В.А. Прокофьева, И.Р. Каланова, Т.Р. Низамов	310
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ – ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
И.Р. Кабиров, В.В. Кудряшов, Э.Д. Мехдиев, И.Р. Хабибуллин, Г.Ю. Гололобов.	316
УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭВИСЦЕРАЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ОПЫТ КЛИНИКИ БГМУ	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	
А.Ф.Байбулатова, Б.А. Бакиров	319
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ	

Л.Р. Мухамадиева, Э.Р.Махмутова	324
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	
Н.Р. Рябчикова, Г.А. Галина, Г.Ш.Сафуанова	328
АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
Д.Н. Федорова	333
АНАЛИЗ СВЯЗИ ЛИПОПОЛИСАХАРИД-СВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА С КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ЭТАПЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР	
Л.З. Аюпова	338
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК И НЕКОТОРЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	
Н.Н. Сухарева, А.А. Рысаева, Э.Б. Шерубаева, М.Ш. Алханова	343
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №21 ЗА 2015 ГОД	
У.Р. Сагинбаев	348
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХЕМИЛЮМИНОМЕРА ХЛ - 003 В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Р.И. Нуртдинова, А.Т. Ишметова	352
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ	
Н.Т.Обухова, К.Р. Мусакаева	356
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ№21 ЗА 2014-2015ГОДА	
В.А. Дзюба	361

**ДИНАМИКА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ СЫВОРОТКИ КРОВИ
УБОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ**

А. Ш. Башарова, Ю.В. Бурдюк 364

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Э. Ф. Туразянов, Т. Н. Исмагилов 370

**СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ
СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОСТРОМ
КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

А.Д. Абдуллина, Н.Х. Хафизов, С.В. Щекин 373

**КЛИНИКО – АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК
ПРОЯВЛЕНИЕ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

О.Е. Цеплина, А.Н. Шарипова, А.Ш.Яппарова 378

**ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ
ИСХОДЫ**

Е.Д. Макарова, А.Р. Гайбадуллина, Л.Р. Ложкина, М.А. Дунюшкина 383

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИФЕПРИСТОН С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ
АБОРТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ**

Р.И. Нуртдинова, А.Р. Закиров 388

**КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

НЕВРОЛОГИЯ, НАРКОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

Л.В. Селиванова, А.И. Сагидуллина, Н.М. Блинова, Ш.М. Сафин 392

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК НА
УСПЕВАЕМОСТЬ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ СТУДЕНТОВ**

Э.З. Садыкова, Т.Ю. Ребекина, Ш.Р.Бадретдинов 395

НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

Т.Ю. Ребекина, О.А.Пермякова 400

**АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-
КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ**

Э.А.Султанова, С.Э.Ф.Рамадхани, О.А. Пермякова	404
ВЗАИМОСВЯЗЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ОСМЫСЛЕННОСТИ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ	
Г.А. Пуцман, О.А Пермякова	408
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ИЗВЕСТНЫХ ХУДОЖНИКОВ	
К. А. Петрова, Э.Н. Закирова	413
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ	
С.Ф. Нурлыгаянов , Р.Р. Ишбердина, Н.М. Блинова , Ш.М. Сафин	418
ТРЕНАЖЕР «ЛАЗЕР-РАСТЯЖКА» КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ЭРГОТЕРАПИИ ХОДЬБЫ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛОКОМОЦИИ	
Г.Н. Мустафина, И.В. Ахуба	423
ОЦЕНКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ – ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ НОСИТЕЛЕЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ	
Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, М.С. Мустафин, Р.Ф. Латыпова, А.З. Сулейманов	428
ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ГБУЗ РБ БСМП ЗА 2015 Г.	
Э. А. Кадырова, Л. В. Селиванова	432
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Н.М. Блинова, Ш.М. Сафин, В.А. Воеводин, Л.Р. Хурамшина, И.П. Быкова	436
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ МОМЕНТАЛЬНОГО КУПИРОВАНИЯ НЕПРИЯТНЫХ СЕНСОРНЫХ ОЩУЩЕНИЙ У НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПАЦИЕНТКИ	
Э.З. Садыкова, Т.Ю. Ребекина, Ш.Р.Бадретдинов	441
ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ДЕФЕЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ	
Л.Ш. Адельгужина, И.Ф. Сулейманова, О.А. Пермякова	444
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, СПИД, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	
Д.А. Валишин, Е.А. Назырова, А.Б. Латыпов	448

**АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ**

Г.Д. Валишина, М.А. Багиева, И.Д.Валишин

453

"ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ" В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

А.И. Миниярова

458

**СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ
ПУЗЫРЧАТКИ ГУЖЕРО–ХЕЙЛИ–ХЕЙЛИ**

А. Р. Харисова

463

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МИКРОСПОРИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ПЕДИАТРИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

Э.Ф. Нурмухаметова, М.М. Аннамередова

469

**ЭКГ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

А. В. Вовк, Э. С. Гумарова, А. А. Закарина, А. К. Шамсутдинова, А. П. Чуданова

474

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

Ю.А. Степанова, И.К. Андреева, Л.А. Булатова, А.Ф. Ахметова

479

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Р. А. Гирфанова

483

**АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ГЛИОМАМИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ**

Л. В. Ефимова

487

**ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА В ДИНАМИКЕ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ САНАТОРИЯ «САЛЮТ»**

А. А. Бабрай, А.Д. Никитина, Д. А. Васильева, С. А. Сиражетдинова

492

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РБ «ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА
№5» Г.УФА**

М.С. Щеколдина, А.П.Герасимов, О.С.Олина.

497

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ
СИНДРОМЕ ПАТАУ**

Э.Р.Харисова, К.С.Гареева

501

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

**ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ И
СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ**

Л.Ф.Садыкова, Е.П.Первушина, Г.П.Ширяева, В.А.Малиевский, С.В.Шагарова 505

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ**

Г.Ф.Биктимирова, О.И.Мельникова 509

**ВЛИЯНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ПЕРВОКЛАССНИКОВ**

Л.Р. Загидуллина, Л.Ю. Абдуллина, Е.К. Каранова, Г.Т. Латыпова, С.А. Альтапова 514

ОТКЛОНЕНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ШКОЛЬНИКОВ Г. УФА

СТОМАТОЛОГИЯ

А.Р.Хасанов, М.Б. Убайдуллаев 520

**АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ
ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ**

А.Х.Насибуллина 524

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ЗА 2014-2015 ГГ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РДКБ Г.УФА**

А.А. Трофимчук, О.А. Гуляева, Д.В. Гареева 529

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У
РАБОТНИКОВ ГОРНО-ОБОГАТИТЕЛЬНЫХ КОМБИНАТОВ**

К. И. Никифоров, А.С. Никифорова 534

**ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО ЛОЖА ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ
В ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ПРИ ДРУГИХ ОПЕРАЦИЯХ.**

А.Б-Г. Мякиев, М.Б. Убайдуллаев 540

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ
АСПЕКТОВ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Т.Б. Сагимбаева, Е.А. Завгородняя 545

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКОГО
СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ
СТОМАТИТОМ**

В.С. Цыпленкова 549

**СТУДЕНТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА–ВОЛОНТЕРЫ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ АКЦИИ «ОПЕРАЦИЯ УЛЫБКА»**

- Г.Б. Батыргалиева, Т.Б. Жалгасбаева, Г.А. Бердешева 553
**ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА**
- А.Ю. Туймукова, Г.М. Садыкова, Г.Р. Афлаханова 558
**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «PULPOTEC» («DENTARIES SA») ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У
ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
- А.Д. Гиниятуллина 562
**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЛОСКОЙ ФОРМЫ
ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**
- О.А. Гуляева, О.В. Башарова, Д.В. Гареева 567
**АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ГАЛИТОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**
- Д.В. Гареева, А.Н. Ганеев, А.Р. Гельмутдинова 570
**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ**
- Д.В. Гареева, А.Н. Ганеев, А.Р. Гельмутдинова 574
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В Г. УФЕ И
РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ЗА 2012-2014 ГГ.**
- А.Р.Ахметова, З.Р.Хасанова 578
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**
- В.А.Аршинова 583
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТОМ ГИНГИВИТЕ ПРЕПАРАТОВ
“МЕТРОГИЛ-ДЕНТА” И ”АСЕПТА**
- Р. Я. Азметова, Г.М. Садыкова, Г.Р. Афлаханова 588
**ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ
КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ 8-9 ЛЕТ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МБОУ СОШ
№103 Г. УФА**
- Т.А. Абзалилов, Д.М. Хасанов 592
ПРЕИМУЩЕСТВА НЕМЕДЛЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

ФАРМАЦИЯ

- Г.А. Тараканова, Г.М. Кучумова, Р.Д. Аюпова, А. Р. Валиева, И. М.Шарипов 599
**СИНТЕЗ МЕТИЛОВЫХ ЭФИРОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ
 ИМИДАЗОЛА, СОДЕРЖАЩИХ ТИЕТАНОКСИДНЫЙ ЦИКЛ**
- Л.Р. Сагадиева, С.Н. Ивакина 603
**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РАЦИОНАЛЬНОГО
 АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ
 МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**
- С. И. Кальментьева, Г. Л. Гиндуллина 607
**РАЗРАБОТКА И ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ВИТАМИНИЗИРОВАННОГО
 МАРМЕЛАДА ДЛЯ ДЕТЕЙ**
- Е.С. Айдарбек, А.Т. Монтаева, Ж.А. Акпанбет 612
**ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
 В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**
- И.Ф. Гирфанов 616
**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В
 ИЗГОТОВЛЕНИИ ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Р.Ш.Азаматов, А.Ю. Негара, З.Х. Шамаева 619
**К ВОПРОСУ СРАВНЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ
 ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В 54 РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ
 БАШКОРТОСТАН В 2014 ГОД.**
- Р.Ш. Азаматов, А.И.Озерова, М.И.Бакирова, В.Ю.Филюшин 624
**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ИХ
 СРАВНЕНИЕ В 54 РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ЗА 2014 ГОД**

ГИГИЕНА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Е.И. Чернова, Ю.Б. Великомолова 629
**ИЗУЧЕНИЕ СЛОЖНОСТИ РАСПИСАНИЯ НА ОСНОВЕ СУБЪЕКТИВНОЙ
 ОЦЕНКИ ДИСЦИПЛИН ОБУЧАЮЩИМИСЯ ВТОРОГО КУРСА БАШКИРСКОГО
 ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Э.И. Нуртдинова, М.А. Черкасова	635
ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО ДАННЫМ АНКЕТНО ОПРОСА	
Н.Ф. Махьянова, В.Р. Хасанов	640
ОЦЕНКА ПОЛНОЦЕННОСТИ И АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ 1-6 КУРСОВ БГМУ	
И. С. Фаткуллина	645
ЛАТЕКСНАЯ АЛЛЕРГИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
Ю.Р. Сагадатова, М.З. Габбасова	650
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА КУМЕРТАУ	
Х.К. Рабуева, Р.Н.Зигитбаев	655
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА САЛАВАТА	
Д. Л. Попенова, Р.А. Галимова	659
ОЦЕНКА САМООЧИЩАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ РЕКИ УФА И ЕЕ ПРИТОКОВ ЗА 2015 ГОД АППЛИКАЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ	
А.К. Османович, Р.А. Гарифуллин, Р.Я. Абзалилов	665
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ	
А.К. Османович, Р.А. Гарифуллин, Р.Я. Абзалилов	670
ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ	
Э.И. Нуртдинова	675
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. УФА И РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	
С.Ф.Нурлыгаянов, Г.З.Рахматуллина, А.Р.Хамидуллина, Р.Р.Бектемирова, А.Х.Нугуманова	680
СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОЛИ НУТРИЕНТОВ В ПРОДУКТЕ ОТ СУТОЧНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА	

Н. В. Малахов, М. О. Коган	685
ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО ДАННЫМ АНКЕТНОГО ОПРОСА	
А.И. Лукманова	690
ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	
А.С. Крайняя, Э.Р. Бикметова, А.А. Мадатова, Г.Р. Давлетгареева	694
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ ПРЕПУБЕРТАТНОГО И ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	
Е.С.Карпова, Э.А. Гимадова, Н.А.Дьякова	699
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛАТЕКСНОЙ АЛЛЕРГИИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. УФЫ	
Н.Н. Карпова	703
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	
А.Т. Ишметова	708
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
И.И.Зямилов	713
ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОДЫ В УСТЬЕ РЕКИ КАМЫШЛИНКА Г. ЛЕНИНОГОРСКА РТ	
О.Р. Зубайдуллина	718
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ Г.УФЫ	
Д. Р. Гимаева	722
МНОГОЛЕТНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	
С.Р. Гимадиева, Г.М. Асылгареева, Л.Р. Ибраева	726
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕТААНАЛИЗА	
А.Р. Валиуллина, Л.Ф. Шайдуллина, У.З. Ахмадуллин	731
ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕПЕНИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ШКОЛЬНИКОВ Г.УФЫ	

Р.М. Бердиев, В.А. Кирюшин	736
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
Э.И. Ахметова, М.А. Степанова, Л.И. Фахруллина	741
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ЧАСТОТНЫМ МЕТОДОМ	
А.А. Арсланов, А.И. Насифуллин	746
СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТРОПОМЕТРИЯ УЧЕНИКОВ ШКОЛ ГОРОДА УФЫ ОРДЖОНИКИДЗЕВСКОГО РАЙОНА	
А.В. Андреева	751
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ 0 – 14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
А.И. Агафонов, А.Т. Нуриева, Л.В. Ефимова	756
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ РЕЖИМА ДНЯ СТУДЕНТОВ БГМУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	
А. М. Абдуллина	760
НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ НА ТЕРРИТОРИИ РБ И Г. УФА В 2000-2014 ГГ.	
ПСИХОЛОГИЯ. СОЦИОЛОГИЯ.	
Д.З. Хусанов, Г.Ю. Гололобов	765
МОТИВАЦИЯ ЗАНЯТИЯ БОКСОМ СТУДЕНТОВ БГМУ	
К.С. Обухова	768
РОЛЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОГИ В ЭТИОЛОГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Ж.С. Бегимбаева, С.Т. Абишева, Ж.Б. Серикова	771
ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ НА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О ЗАБОЛЕВАНИИ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	
О. В. Акимова, И. Ю.Аранович	776
СТРУКТУРА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
Е.А.Андрянова, И.Ю.Аранович, А.В. Щибря	780
ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ДИАДЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»	

О. В. Акимова, Е.С. Сенина, И. Ю.Аранович	785
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОЖИДАЮЩИХ ВТОРОГО РЕБЕНКА	
В.Е. Гаврилова	788
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАЕМОСТЬЮ БЕРЕМЕННОСТИ	
Д.Э. Асанбаева	793
К ВОПРОСУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНА	
Л.А. Базгутдинова	798
СВЯЗЬ ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ И НАГЛЯДНО-СЛОВЕСНЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	
В. Ф.Марданшина	802
ЭВТАНАЗИЯ - ЗА ИЛИ ПРОТИВ?	
Н.Т. Саттарова, А.Н.Поладов	806
ПРАВДА ОБ ИНКУРАБЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ	
Г.З.Рахматуллина, А.Р.Хамидуллина	811
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЭТИКИ	
Д.А. Александрова, Ю.В. Соболева, И.С. Ефремов, А.У. Киньябулатов	816
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА ОТ ТИПА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	
Т.А. Абзалилов, А.В.Трусова	820
Тьюторство – новое вспомогательное направление в системе образовательного процесса	
М.М. Аннамередова	825
ОЦЕНКА РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ	
Т.С. Арзуманян , С.М. Мансурова	830
МОТИВЫ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА СТУДЕНТАМИ БГМУ	
Д. Э. Асанбаева, А. А. Скворцова	834
ПРОЯВЛЕНИЕ ФОРМЫ АГРЕССИИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК	
И. В. Ахуба	840
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ОРИЕНТАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПРОЦЕССЕ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ	

А.Р. Гайнетдинова	843
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА ОСНОВЕ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА	
В. С. Иванова, И. Р. Давлетшин	850
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ В НЕПОЛНОЙ СЕМЬЕ	
Е. В. Данилова, А. Н. Муллаянова	853
ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	
К.В. Храмова, Р.Ш.Джафарова	859
ВЛИЯНИЕ ЙОГИ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ	
Д.А Ибатуллина	864
КОНЦЕНТРАЦИЯ КАК СВОЙСТВО ВНИМАНИЯ	
О.М.Иванова, А.Р.Габдулвалеева	868
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЗАВИСИМОСТЕЙ	
К.Э. Имамгазова	872
СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО - АСПЕКТ 21 ВЕКА	
А.А. Кагирова	878
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ В РОССИИ	
Е.С.Кайгородова, Т.М.Ильясова, Е.Е.Липатова	883
ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ – ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	
М.Н. Кирякова	889
ИНТЕРЕС БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ К ТАТУ И ПИРСИНГУ	
Д.А. Ковальчук, Р.Ф. Минигареев	894
САМОРЕАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЁЖИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ	
А.С. Крайняя	899
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВТАНАЗИИ.	
К.Р. Мирхайдарова, А.Р. Фарухшин	903
ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫЕ КАЧЕСТВА ВРАЧА	
Сабирова Г.И., Ахтямов А.Э.	907
К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КОНФЛИКТНОСТИ	
В.М.Морозова, Ю.С.Скоркина, О.М. Иванова	912
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ	

Д.Р.Тансыккужина	916
БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ВРАЧА	
А.Г.Тимофеева	920
ВЫЯВЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ ДЛЯ УСПЕШНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
А.С.Хажин	926
ОБУЧЕНИЕ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАТИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОГО ПОДХОДА	
О.М. Иванова, Е.В.Чурсина	931
ЭТИКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ КАТЕГОРИЙ «ЭВТАНАЗИЯ» И «КАЧЕСТВО СМЕРТИ»	
ФИЛОСОФИЯ И ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ.	
К.И.Лукманова	935
СЕМЬЯ И ЗДОРОВЬЕ	
Р. Р. Ахиярtdинова, З. И. Шаехова	941
ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЙОГИ	
Э.И. Бажанова	946
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Е.В. Фазылова , Г.Б. Байрамгулова	951
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЯ К ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	
Д.А. Балдыбаева, Е.В. Волкова	955
ВЕРА КАК ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН	
И.Б. Бектаева	958
СИСТЕМА РОССИЙСКОГО КОЛОНИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ	
Д. Р. Бикбулатова	963
ГОЛОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ УСТРОЙСТВА ВСЕЛЕННОЙ: ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ	
А.А.Бурганова	968
МИГРАЦИОННЫЙ КРИЗИС В ЕВРОПЕ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ	
А. Р. Габдулвалеева	973
ПРОБЛЕМА ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ	

С.В.Габдуллина, А. Р.Шамсутдинова	977
ВЛИЯНИЕ ТАКТИЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ НА СОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА	
Л.Р. Галимова	981
К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ	
Р.Р. Галимова, Р.М. Фархутдинов, Р.И. Муфтиева, С.И.Шафикова	986
ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ЭВТАНАЗИИ УЧАЩИХСЯ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ	
Г.И. Гарифуллина	990
ПРАКТИКА НРАВСТВЕННОГО САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В СУФИЗМЕ	
Э.С. Глимьянова	994
ЧЕЛОВЕК КАК КОНЕЧНО-БЕСКОНЕЧНОЕ СУЩЕСТВО	
К.В. Храмова, Р.Ш. Джафарова	998
ВЛИЯНИЕ ЙОГИ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ.	
Е.Ю. Жирухина, Р.А. Нигъматзянова	1003
«ВИРУС ПОТРЕБИТЕЛЬСТВА» И ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ СОВРЕМЕННОСТИ	
А. М. Зиннатуллина	1009
ДИАЛЕКТИКА ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА	
Ю.С. Конюхов, Л.В. Семенова	1014
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ СОХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	
Д. Х. Кьлысбаева, А. М. Еникеева	1018
«ЗАЧЕМ НАМ МАРС?»: ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ОСВОЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО КОСМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА	
О. С. Лазовая	1023
РЕЛИГИОЗНЫЕ КОМПОНЕНТЫ В СТРУКТУРЕ МИРОВОЗЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	
Ч.Ф. Латыпова	1028
МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ	

Э. Ф. Минниханова	1033
ФИЛОСОФСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАТУСА ЭМБРИОНА ЧЕЛОВЕКА	
Л. И. Мунасыпова	1037
ВРАЧЕВАНИЕ В КАТОЛИЦИЗМЕ: ОПЫТ ФИЛОСОФСКО- КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА	
Ш. А. Насырова	1042
«ЧТО ТАКОЕ СЧАСТЬЕ?»: ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	
Д.Н. Овсяук	1047
ЖАРГОНИЗМЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ	
Е. О. Пашкова	1052
ЖЕНЩИНЫ-ГЕРОИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
Э.Т. Рахматуллина, Е.А. Селиванова	1058
ВЛИЯНИЕ СИТУАЦИЙ РЕАЛЬНОЙ СМЕРТЕЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ НА ЖИЗНЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ УЧАЩИХСЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ	
Ю.Р. Сагадатова	1062
ФИЛОСОФСКИЕ ВОЗЗРЕНИЯ ФИЛОСОФОВ ОТ АНТИЧНОСТИ ДО НОВОГО ВРЕМЕНИ НА ПРИРОДУ ПРОСТРАНСТВА И ВРЕМЕНИ	
Н.Т. Саттарова, З.С. Тамоян, А.Н. Поладов, Ю.С. Тулбаева	1067
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ УЧАЩИХСЯ ПЕРВОГО И ВЫПУСКНЫХ КУРСОВ БГМУ	
Е.Н. Усова	1070
ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ	
Е.И. Чернова	1075
РОЛЬ ИНТУИЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА	
Х.А. Шарипкулов	1080
ВОСПИТАНИЕ КУЛЬТУРЫ ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ СРЕДСТВАМИ КУЛЬТУРНО-ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Л. В. Шмелёва	1085
ПРАВО НА ЖИЗНЬ И ПРАВО НА СМЕРТЬ	
А.Р. Юнусов	1088
КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ	

ОБЩЕМЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ

K.V. Khloпова, A.K. Shayakhmetova, V.R. Fakhretdinova 1092

CORRELATION OF CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF BACTERIAL VAGINOSIS

D. D. Asadullina., K. I.Enikeeva, A. R.Yarochkina 1097

A LARGE ROLE OF SMALL TELOMERES

ЦИФРОВЫЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

М.О. Баталова, К.Р. Асанбаева, Э.В. Сафина, Н.Р. Сафарова, А.Е. Стрижков 1101

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПОРТСМЕНОВ-ЕДИНОБОРЦЕВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Д.М. Бородин 1106

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

Г.И. Гизетдинова, К.П. Игнатъева, Э. Р.Мансурова, Л.Р. Гизетдинова 1110

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. УФЫ В 2015 – 2016 ГОДАХ

Д. В. Гиндулин 1114

ЗАДАЧА ФИЛЬТРАЦИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЭКГ-ДАНЫХ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНЫХ РЕСУРСОВ

Г.Ю. Гололобов, Р.Р. Тайсин, О.О. Козлова, Э.Д. Мехдиев, И.Р. Хабибуллин 1118

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Д. С. Грачев 1124

К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛИ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Н.П. Зылева, Л.Р. Идрисова 1129

МОДЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Р.В.Изибаева, Л.Р.Ибатуллина 1133

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И СРАВНЕНИЕ ШКАЛ GRACE, GHUSTO-1И РЕКОРД ДЛЯ ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА

К.Э. Имамгаязова	1138
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ	
И.Р. Исаев, Н.Ф. Ахметгалеева	1144
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ БГМУ МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА	
Х.Р. Искаков, М.И. Бакирова	1149
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА НА ПРИМЕРЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ	
И.Ф. Муллаяров	1153
РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	
А.И. Насифуллин, А.Е. Стрижков	1157
МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СООТНОШЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОЙ КОНСТИТУЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С БАЗОВЫМИ ПРИЗНАКАМИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ У ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	
А.В. Сергеев	1161
РАЗРАБОТКА МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ МОНИТОРИНГА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ	
Д.И. Сидо, М.В. Фролова	1164
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА СНА, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ВРЕМЯПРЕПРОВОЖДЕНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
А.М. Сунарчин	1169
АВТОМАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ДИСТАНЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ	
А.Т. Хайруллин	1172
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	
Ю. С. Чертищева, Е. М. Цукерман, В.Р. Шайдуллина	1177
МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМНЫХ ЭФФЕКТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	
А. А. Закарина, А. К. Шамсутдинова	1182

МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- Р.Р. Абсатаров, И.Ш. Асадуллин, Р.М. Сибагатов, Ю.Н. Мустафина 1186
**НАЧАЛО ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В БАШКИРСКОЙ АССР
 В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**
- Р.Р. Абсатаров, И.Ш. Асадуллин, Р.М. Сибагатов, А.С. Муртазин 1190
**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА
 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАШКИРСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ
 ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**
- Г.Ф. Чингизова 1194
**ВКЛАД НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА
 АН УССР Я.А. ФИАЛКОВА ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ
 БАШКИРСКОЙ АССР**
- И. С. Фаткуллина 1198
НАШ ЗЕМЛЯК – ИЗВЕСТНЫЙ ХИРУРГ ВЕНЕР ГАЗИЗОВИЧ САХАУТДИНОВ
- О.О. Тимербаева 1202
**ОБЗОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМЕРИКАНСКОЙ АДМИНИСТРАЦИИ ПОМОЩИ В
 ПЕРИОД 1921 – 1923 ГОДОВ**
- Р.А. Султанов, А.Д. Абдуллина, И.Я.Имаев 1207
ПЕРВЫЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В БАШКИРСКОЙ АССР
- Р.А. Султанов, А.Д. Абдуллина, И.Я.Имаев, А.У. Киньябулатов 1210
**ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РСФСР НУРЭЛЬГЯН НУРИАХМЕДОВИЧ БАЙТЕРЯКОВ
 — ОСНОВОПОЛОЖНИК НЕЙРОХИРУРГИИ В БАШКОРТОСТАНЕ**
- Р.А. Султанов, А.Д. Абдуллина, И.Я.Имаев 1214
**ПОРТРЕТНАЯ ГАЛЕРЕЯ НЕЙРОХИРУРГОВ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
 КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМЕНИ Г.Г.КУВАТОВА**
- В.А. Сбитякова. Л.С. Корнейчук 1218
**ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА В БЕЛЕБЕЕВСКОМ УЕЗДЕ УФИМСКОЙ
 ГУБЕРНИИ**
- Д.А.Рахматуллина, Д.А.Гареев, Д.Г.Даутбаева 1223
ПРОФЕССОР В.П.ОДИНЦОВ ОСНОВОПОЛОЖНИК БАШКИРСКОГО

- НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ТРАХОМАТОЗНОГО ИНСТИТУТА**
Д.Е. Лобанов, В.Д. Чистонов 1227
- НАУЧНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА**
Д.Е. Лобанов, В.Д. Чистонов 1230
- СТАНОВЛЕНИЕ КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БАШКИРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**
Л.С. Корнейчук, В.А. Сбитякова 1234
- ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ДИНАСТИИ СОКОЛОВЫХ – А.Я. СОКОЛОВ**
Е.С. Карпова, О.Р. Тюменева 1239
- ПОВИВАЛЬНЫЕ БАБКИ В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ**
Я.Ш. Карамова, Л.З. Камалтдинов 1242
- ВКЛАД ПРОФЕССОРА Ю.А. ЛОЦМАНОВА В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
НАУКИ В БАШКИРСКОЙ АССР**
Л.З. Камалтдинов, Я.Ш. Карамова 1245
- ВКЛАД ПРОФЕССОРОВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ В РАЗВИТИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В БАШКИРСКОЙ АССР**
Л.З. Камалтдинов, Я.Ш. Карамова 1249
- ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ИМЕНИ 15-ЛЕТИЯ ВЛКСМ**
А.Р. Насыров 1252
- ИСТОРИЯ О БЕЛОМ ХАЛАТЕ**
И. И. Зямилов 1257
- МОИ ЗЕМЛЯКИ – ГЕРОИ СОВЕТСКОГО СОЮЗА**
С.В. Зарипов 1263
- БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ 15-ЛЕТИЯ ВЛКСМ НАКАНУНЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**
С.В. Зарипов 1268
- ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГЛУБОКОГО
ТЫЛА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

- С.В. Зарипов 1272
**РАБОТА ЭВАКОГОСПИТАЛЯ №1741 В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ВОЙНЫ**
- Н.А. Дьякова, А.А. Хазиманова, А.З. Фаюршин 1275
**ЛЕЧЕНИЕ ВОЕННОПЛЕННЫХ В ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ
БАШКИРСКОЙ АССР**
- Э.А. Гимадова, Р.Г. Даутбаева 1278
**ЛЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ
НА РУБЕЖЕ XVIII — XIX ВЕКОВ**
- Д.А. Гареев, Д.А. Рахматуллина, Р.Г. Даутбаева 1281
**ДОЦЕНТ К. П. КРАУЗЕ В БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**
- И.Ф. Галина 1285
СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ РАДИАЦИИ
- А.М. Галимова, И.И. Замилов, А.И.Ахметов 1290
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДАНТИСТОВ И ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ, СОГЛАСНО ПЕЧАТНОМУ
ИЗДАНИЮ «ИЛЛЮСТРИРОВАННАЯ УФА» 1914 ГОДА**
- А.М. Галимова, И.И. Замилов, А.И.Ахметов 1294
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДАНТИСТОВ И ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ
УФЕ**
- А.Н. Биглова, Ю.В. Матвеева 1298
**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ В
КОНЦЕ XVIII В.- НАЧАЛЕ XIX В.**
- Г.М. Атанова 1301
**АРХЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАМЯТНИКИ ХАЙБУЛЛИНСКОГО РАЙОНА
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**
- Л.М. Арзуманян, Э.А. Абдуллина, М.А. Быченкова 1307
**ИСТОРИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ ПО ЛЫЖНЫМ ГОНКАМ
НА ПРИЗЫ ПАМЯТИ Ф.Ф. КУРГАЕВА**
- Л.М. Арзуманян, Э.А. Абдуллина, М.А. Быченкова 1311
**РАЗВИТИЕ ТУРИЗМА В БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**
- Л.М. Арзуманян, Э.А. Абдуллина, М.А. Быченкова 1314
**СПОРТИВНО-МАССОВАЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА В
БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

Р.Р. Абсатаров, Д.А. Рахматуллина

1319

**ВОЕННЫЙ ПОДВИГ ПЕРВОГО СОСУДИСТОГО ХИРУРГА БАШКИРСКОЙ
АССР РЕЙТЕРА УСМАНОВИЧА ИШМУХАМЕТОВА**

**ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКЕ: МЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ УЧАЩИХСЯ
СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ.**

И.В. Давлеева, И.И. Кутушева

1321

**ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ РОЗОВОЙ ВОДЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ
ЧЕЛОВЕКА**

Р.Р. Буракеева

1327

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Л.С. Лусникова, А.Ф. Курамшина

1332

**ВЛИЯНИЕ ОСТАТОЧНОГО МОНОМЕРА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ
ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ
ПЛАСТИНКАМИ**

М. М. Улыбина

1337

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА РАЗВИТИЕ
ПЛОДА**

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ.

УДК 615.015.33

Г.Г. Давлятова, М.А. Уразбаев, Л.В. Селиванова, Э.А. Кадырова, Л.А. Валеева

ПОИСК АНТИДЕПРЕССАНТОВ СРЕДИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ КСАНТИНИЛТИОУКСУСНЫХ КИСЛОТ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. В экспериментах на мышах-самцах изучены антидепрессивные свойства новых производных ксантина. Установлено, что производные ксантинилтиоуксусных кислот с лабораторными шифрами ia-4, ia-8, um-18 и um-23 в дозах 1/10 и 1/100 от молекулярной массы не проявляют антидепрессивную активность.

Ключевые слова. Ксантинилтиоуксусные кислоты, время иммобилизации, индекс депрессивности, антидепрессивная активность.

G.G .Davlyatova, M.A. Urazbaev, L.V. Selivanova, E.A. Kadyrova, L.A.Valeeva

SEARCH OF ANTIDEPRESSANTS AMONG OF XANTHINILTHIOACETIC ACIDS

Bashkir State Medical University, Ufa

Resume. In experiments on male mice studied antidepressant properties of new derivatives xanthines. It was found that the derivatives xanthinilthioacetic acids with laboratory code ia-4, ia-8, um-18 and um-23 at doses of 1/10 and 1/100 of the molecular weight did not exhibit antidepressant activity.

Key words. Xanthinilthioacetic acids, the immobilization time, the index of depression, antidepressant activity.

В фармакотерапии депрессии центральное место занимают антидепрессанты. Применяемые на сегодняшний день препараты наряду со многими достоинствами, не лишены недостатков: только у 65-75% больных они дают клинический эффект и вызывают ряд серьезных нежелательных лекарственных реакций [1]. Поэтому создание новых более эффективных и безопасных антидепрессантов является актуальной задачей.

Целью данной работы явился поиск соединений, проявляющих антидепрессивную активность, среди новых производных ксантинилтиоуксусных кислот [3].

Материалы и методы.

Опыты были проведены на 64 беспородных мышах-самцах массой 20-22 г, полученных из ГУП «Иммунопрепарат» (г.Уфа). Животные содержались в стандартных условиях вивария

при естественном свето-темновом режиме, свободном доступе к воде и полнорационному корму (ГОСТ Р50258–92).

При выполнении экспериментов были строго соблюдены все требования Европейской конвенции «О защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных или иных научных целей» (Страсбург, 1986 г.) и Федерального закона Российской Федерации «О защите животных от жестокого обращения» от 01.01.1997 г.

Объектом исследования явились 4 соединения из новых производных ксантинилтиоуксусных кислот с лабораторными шифрами иа-4, иа-8, ум-18 и ум-23. Соединения вводили в виде суспензий внутрибрюшинно за 30 минут до эксперимента в дозах, равных 1/10 и 1/100 молекулярной массы (м.м.). Контрольная группа получала эквивалентное количество изотонического раствора.

Для характеристики антидепрессивного эффекта оценивали время иммобилизации (ИМ TST, ИМ FST) и индекс депрессивности (ИД FST) [5,6]. Визуальную оценку поведения животных проводили с использованием программы «Brain Test», разработанной на кафедре фармакологии №1 с курсом клинической фармакологии БГМУ (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2008610170) [4].

Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 6.1, используя непараметрические U-критерий Манна-Уитни и H-критерий Крускала-Уоллиса. Отличия считали достоверными при $p < 0.05$ [2].

Результаты и обсуждение.

В тесте TST длительность иммобилизации контрольных мышей составила 101, а под влиянием препарата сравнения флуоксетина – 135 секунд. Новые производные ксантинилтиоуксусных кислот оказывали незначительное влияние на параметры поведения (табл.). Через 30 минут после однократного внутрибрюшинного введения время иммобилизации опытных животных, получивших инъекцию вещества иа-8 в дозе 4,3 мг/кг и ум-23 в дозе 52 мг/кг увеличивалось на 50% и 74% соответственно, что говорит о депрессогенном действии. В остальных группах продолжительность неподвижности мышей оставалась на уровне контрольных значений.

В тесте FST время иммобилизации и ИД опытных и контрольных групп достоверных отличий не имели. Но нужно отметить, что в группах животных, получивших однократную инъекцию веществ иа-4 и ум-18 с уменьшением дозы, отмечалась тенденция к снижению ИД. Под влиянием иа-4 в дозе 44 мг/кг ИД составил 1,1, а в дозе 4,4 мг/кг – снижался до 0,9 против 1,2 в контроле. После введения ум-18 в дозе 44 мг/кг ИД был равен 1,3, а в дозе 4,4 мг/кг - 0,9. Препарат сравнения флуоксетин статистически значимо снижал ИД до 0,7.

Таблица 1

Влияние соединений (1-бензил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинилтиоуксусных кислот
на время иммобилизации и индекс депрессивности

Группа	Иммобилизация (TST), Ме [25%;75%]	Иммобилизация (FST), Ме [25%;75%]	ИД (FST), Ме [25%;75%]
Контроль n=8	101 [52;132]	223 [199;227]	1,2 [0,9;1,3]
Флуоксетин n=20 (10 мг/кг)	135 [64;136]	169 [113;198]	0,7 * [0,6;0,85]
иа- 4 44 мг/кг n=7	74 [33;86]	189 [157;213]	1,1 [0,9;1,3]
иа-4 4,4 мг/кг n=7	108 [93;110]	232 [229;236]	0,9 [0,9;1]
иа-8 43 мг/кг n=7	91 [90;60]	211 [198;223]	1 [0,9;1,1]
иа-8 4,3 мг/кг n=7	151* [107;178]	200 [190;212]	1 [0,9;1]
ум-18 44 мг/кг n=7	128 [84;172]	229 [209;238]	1,3 [0,9;1,8]
ум-18 4,4 мг/кг n=7	93 [64;120]	173 [140;188]	0,9 [0,9;1]
ум-23 52 мг/кг n=7	176* [75;214]	211 [195;226]	1 [0,9;1,2]
ум-23 5,2 мг/кг n=7	119 [100;127]	224 [211;228]	1 [0,9;1,1]

Примечание:

*- отличия достоверны по сравнению с контролем ($p < 0.05$ для U-критерия Манна-Уитни)

Таким образом, среди новых производных ксантилтиоуксусных кислот, вещества с антидепрессивным действием, не обнаружены.

Выводы.

1. Новые производные ксантилтиоуксусных кислот с лабораторными шифрами иа-4, иа-8, ум-18 и ум-23 в дозах 1/10 и 1/100 от молекулярной массы после однократного внутрибрюшинного введения не оказывают антидепрессивного действия.

2. Соединение иа-8 в дозе 43 мг/кг и ум-23 в дозе 52 мг/кг удлиняют время иммобилизации в тесте TST, что указывает на возможный депрессогенный эффект.

Литература

1. Бунькова, К.М. Депрессии и неврозы: рук-во для врачей.- М.:ГЭОТАР –Медиа, 2011 – 176 с.

2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.

3. Никитина И.Л. Компьютерный анализ зависимости структура — антидепрессивная активность в ряду производных 1,2,4-триазола и тиазан-1,1-диоксида / Никитина И.Л., Габидуллин Р.А., Клен Е.Э., Тюрина Л.А., Алехин Е.К., Халиуллин Ф.А. // Химико-фармацевтический журнал. - 2012. - №4. - С.17-22.

4. Программа для ЭВМ Braintest / Габидуллин Р.А., Никитина И.Л., Иванова О.А., Алехин Е.К. // Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2008610170.

5. Щетинин, Е.В. Биоритмологический подход к оценке принудительного плавания как экспериментальной модели «депрессивного» состояния. / Е.В. Щетинин, В.А. Батурин, Э.Б. Арушанян [и др.] // Журнал высшей нервной деятельности. – 1989. - №5. – С.958-964.

6. Steru L., Chermat R., Thierry B. et al. // Psychopharmacology (Berl.). – 1985. – Vol. 85. - №3. – P.367.

УДК: 592

Д.Х. Яппарова, С.М. Измайлова

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. Проведенный анализ заражения населения клещевым энцефалитом в Республике Башкортостан по данным Роспотребнадзора показал, что число зараженных клещевым энцефалитом с каждым годом снижается.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, иммуноглобулин-профилактика.

Yapparova D. Kh., Izmailova S.M.

**EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON INCIDENCE OF
ENCEPHALITIS IN REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

Department of Biology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The performed analysis of the population infection by vernal encephalitis in the Republic of Bashkortostan according Rospotrebnadzor (the Russian Agency for Health and Consumer Rights) showed that the number of infected by vernal encephalitis is becoming lower each year.

Keywords: vernal encephalitis, immunoglobulin prevention.

Актуальность. В связи с наступлением потепления на территории Республики Башкортостан активизировалась жизнедеятельность клещей – переносчиков опасных инфекционных заболеваний, в том числе и клещевого вирусного энцефалита (далее – КВЭ), иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) и других заболеваний, передающихся при укусе клещами.

Первое клиническое описание болезни КВЭ дали в 1936-1940 гг. отечественные ученые А. Г. Панов, А. Н. Шаповал, М. Б. Кроль, И. С. Глазунов. Возбудитель клещевого энцефалита - фильтрующийся вирус - был также открыт отечественными учеными Л.А.Зильбером, Е.Н.Левковичем, А. К. Шубладзе, М. П. Чумаковым, В. Д. Соловьевым, А. Д. Шеболдаевой в 1937 г. Таежный клещ (*Ixodes persulcatus*) – переносчик клещевого энцефалита. Основным резервуаром и переносчиком вируса в природе являются иксодовые клещи.

Нападение клещей характеризуется сезонностью. Первые случаи укусов – ранняя весна, при среднесуточной температуре почвы выше 0,3 °С, последние – глубокая осень. Максимальное количество укусов – от середины весны до первой половины лета [2].

В последние 15 лет наблюдается постоянное повышение численности клещей, переносящих энцефалит, и их географическое распространение. В 2010 году эндемичными по этому заболеванию признаны 1113 муниципальных образований в 46 регионах России. Уральский регион был и остается территорией наиболее неблагополучной по заболеваемости КВЭ [1]. Из 68 административных территорий Республики Башкортостан в 2014 г 42 являются эндемичными по КВЭ.

Ежегодно до 400 тысяч Россиян обращаются в лечебные учреждения по поводу укусов клещей, из них четвертая часть – дети до 14 лет.

Клещи являются переносчиками клещевого энцефалита (весенне-летний клещевой менингоэнцефалит) - природно-очаговой вирусной и, характеризующийся лихорадкой, интоксикацией и поражением серого вещества головного мозга (энцефалит) и/или оболочек головного и спинного мозга (менингит и менингоэнцефалит). Заболевание может привести к стойким неврологическим и психиатрическим осложнениям и даже к смерти больного [4].

Цель исследования: анализ заражения населения клещевым энцефалитом в Республике Башкортостан по данным Роспотребнадзора по Республике Башкортостан; анализ причин эпидемиологического неблагополучия по клещевому энцефалиту в данном регионе.

Материалы и методы: В лабораториях за 2015г. было проведено обследование 9461 человек, в том числе и детей – 3005 [3].

Обследование проводилось в лабораториях ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Башкортостан».

Результаты и обсуждение:

По состоянию на 6 сентября 2015г. в медицинские организации республики обратились 9461 человек, пострадавших от укусов клещей, в том числе 3005 детей (31,8%) Инфицировано вирусом клещевого энцефалита – 472 человека (5,7%) (см. диаграмму 1). Иммуноглобулин-профилактику получили 34,8% обратившихся, в том числе 81,6% детей (см. диаграмму 2). В 674 клещах – 17,3% обнаружен возбудитель клещевого боррелиоза.

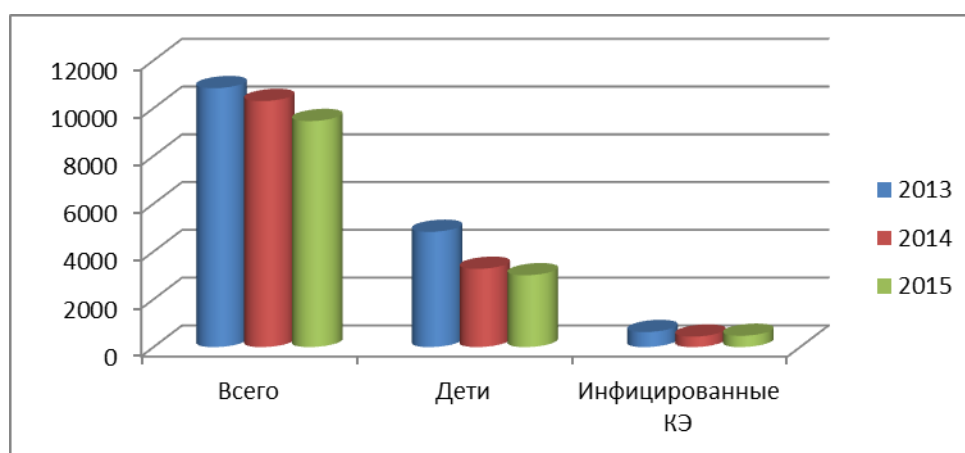


Рис.1. Ситуация по КВЭ и другим заболеваниям, передающимся при укусе клещами в Республике Башкортостан.

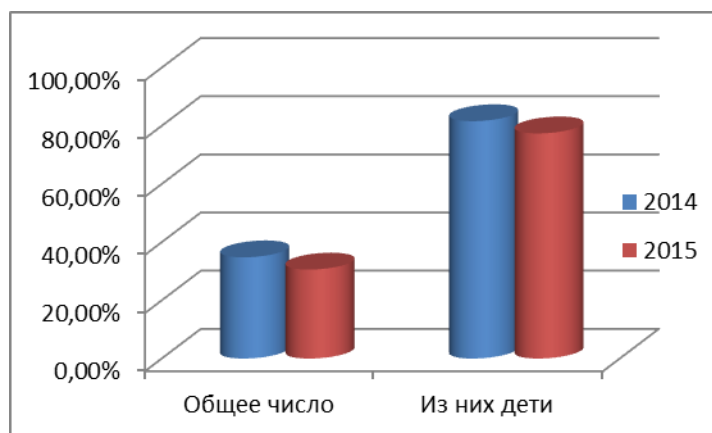


Рис.2. Количество людей, получивших иммуноглобулин-профилактику.

По состоянию на 17.09.2014 г. в лечебно-профилактические организации республики обратились 11 978 человек, пострадавших от укусов клещей, из них 4096 (34,2%) – дети (см. диаграмму 1). Иммуноглобулин-профилактику получили 30,6% обратившихся, в том числе 77,4% детей (см. диаграмму 2).

В лабораториях ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Башкортостан» с исследовано 9 219 клещей, из них 586 – инфицированы вирусом клещевого энцефалита – 6,4% (см. диаграмму 1). Исследовано на наличие возбудителей иксодового боррелиоза – 1971 клещ, боррелии обнаружены в 348 клещах, процент зараженности составил 17,6%.

В 2013 г. число пострадавших от клещей было больше – 10411 человек (см. диаграмму 1). На исследование передано 7354 клеща, из них 410 оказалось инфицировано вирусом клещевого энцефалита – 5,6%. Иммуноглобулин-профилактику получили 24,5% обратившихся, в том числе 63,5% детей.

Выводы: одной из главных причин эпидемиологического неблагополучия по клещевому энцефалиту в последние годы, в первую очередь в районах Урала и Западной Сибири, - полное прекращение акарицидных обработок территории из-за запрещения использования дуста ДДТ и сокращение масштабов серопрфилактики в связи с недостатком специфического иммуноглобулина. Сложная схема вакцинопрофилактики и недостаточная ее эффективность затрудняют широкое ее проведение, особенно в городах. В настоящее время основная мера профилактики клещевого энцефалита - санитарно-просветительная работа среди населения по разъяснению мер индивидуальной защиты от нападения иксодовых клещей.

Литература

1. Иерусалимский, А.П. Клещевые инфекции с позиции клинициста-невролога. А.П. Иерусалимский // Журн. невропатологии и психиатрии. 2006. - № 2. - С. 71-74.

2. Корецкая Л.М. Кровососущие клещи
http://www.ayzdorov.ru/lechenie_ukys_klesha.php#part5

3. Официальный сайт Роспотребнадзора по Республике Башкортостан.
<http://02.rospotrebnadzor.ru/>

4. <http://www.ixodes.ru/encefalit.html>

УДК 576.89

Д. Н. Овсюк

МОРФОЛОГИЯ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ

**Кафедра биологии, Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. Эхинококкоз – это биогельминтоз, вызванный паразитированием личиночной стадии цестод рода Echinococcus. В теле промежуточного хозяина паразит образует пузыри, содержащие зачатковые формы взрослых цестод – протосколексы. Особенности морфологии (размеры тела; количество и размеры крючьев) протосколексов помогают отнести паразита к определённому виду и штамму. Целью исследования было изучить морфологию эхинококкового пузыря, полученного после операции (эхинококкэктомии), а также изучить морфологию протосколексов. Размеры и формы протосколексов оказались сходными с параметрами других изолятов данного вида гельминтов в России.

Ключевые слова. Эхинококкоз, протосколекс, киста, гельминты, морфология.

D. N. Ovsyuk

THE MORPHOLOGY OF ECHINOCOCCAL CYST

**Department of biology, Department of General Surgery with the course of
radiodiagnosics IАPE, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract. Echinococcosis is a helminthosis caused by a larval stage of helminthes Echinococcus genus. Echinococcosis is a long lasting disease and it has plenty of negative effects on human health. In intermediate host larvae form echinococcal cysts with protoscolexes (Echinococcus's germinal form). Morphological features (body size; quantity and size of hooks) help us to classify helminthes to certain species and strains. The purpose of the research was to study morphology of echinococcal cyst and morphology of protoscolexes. The shape and the size of protoscolexes was fairly close to the dimensions of other isolates in Russia.

Key words. Echinococcosis, protoscolex, cyst, helminthes, morphology.

Актуальность: Эхинококкоз – это хронически протекающий биогельминтоз, заболевание, вызванное паразитированием личиночной стадии (лавры) цестод рода *Echinococcus*.

Инфекционные заболевания являются ведущим классом в структуре причин смерти в 21 веке, занимая в различных странах 1-3 места. Экономический ущерб от паразитарных заболеваний занимает 4 место среди остальных болезней и травм. На долю эхинококкоза

среди биогельминтозов приходится около 1,2%. [3] В Российской Федерации ежегодно регистрируется свыше 500 случаев заболевания эхинококкозом, из которых в среднем 14,5% приходится на детей. Данные Роспотребнадзора по заболеваемости эхинококкозом в субъектах РФ свидетельствуют о повышении уровня заболеваемости в Республике Башкортостан (РБ) 3,6 раза относительно среднероссийского показателя. [2] За последние годы отмечается увеличение случаев заболевания эхинококкозом в РБ в 4-5 раз. [8] Эхинококкоз поражает жизненно важные органы, чаще всего печень, приводит к длительной потере трудоспособности. Болезнь резко ухудшает качество жизни человека, часто приводит к инвалидизации, а иногда и к летальному исходу. Лечение заболевания длительное, часто требующее сложные хирургические вмешательства с использованием дорогостоящих медикаментозных препаратов. По данным ВОЗ, в среднем по миру коэффициент послеоперационной смертности составляет 2,5%, рецидивы наблюдаются у 6,5% больных. [3]

Цель исследования: Целью исследования было изучить морфологию зародышевых элементов эхинококковой кисты, выделенной во время оперативного вмешательства у пациента, проживающего в РБ.

Материалы и методы: Исследовательская работа проводилась на базе кафедр общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО и биологии БГМУ. Месторасположение и размер эхинококковой кисты были определены по результатам КТ. Материалы, полученные после операции (эхинококкэктомии), были изучены визуально и под световым микроскопом («Биолам», с увеличением $\times 100$ и $\times 400$). Исследовали размеры и форму протосколексов эхинококка.

Результаты и обсуждение: Возбудителем эхинококкоза является личиночная стадия ленточного гельминта, относящегося к типу *Plathelminthes*, классу *Cestoidea*, отряду *Cyclophyllidea*, семейству *Taenidae*, роду *Echinococcus* виду *Echinococcus granulosus*. Жизненный цикл гельминта связан со сменой окончательного (дефинитивного) и промежуточного хозяина. В организме дефинитивного хозяина паразитирует половозрелая стадия эхинококка. Окончательными хозяевами являются собаки, шакалы и другие представители семейства *Canidae*. Промежуточными хозяевами эхинококка являются: крупный рогатый скот, верблюд, северный олень, коза, свинья, овца, лось, кенгуру, обезьяны, грызуны и человек. Исследования конца 20 века установили, что в зависимости от вида промежуточного хозяина у *Echinococcus granulosus* выделяют различные штаммы (*подвиды*): домашних овец (G1), тасманийских овец (G2), буйволиный (G3), лошадиный (G4), бычий (G5), верблюжий (G6), свиной (G7), олений (G8), человека (G9), олений скандинавской тундры (G10). [9] У представителей вида *Echinococcus granulosus* разных штаммов различаются функциональные характеристики, например: развитие овечьего

штамма до половозрелой особи длится 42-57 дней, свиной развивается - 54-68 дней, верблюжий - 35-42 дня.[4] Самый распространенный и эпидемиологически значимый штамм *E. granulosus* – овечий, способный поражать кроме овец и коз, также крупный рогатый скот, свиней и человека.

Личиночная стадия эхинококка представляет собой наполненный жидкостью пузырь (0,2-15 см); стенка пузыря состоит из кутикулярной (наружной) и герминативной (внутренней) оболочки. Хитиновая оболочка состоит из слоев гиалиновых волокон. В молодых пузырях хитиновая оболочка имеет белый цвет с голубоватым оттенком, со временем она желтеет. Герминативный слой имеет клеточное строение, образует множество выводковых капсул, в которых развиваются протосколексы. В каждой выводковой капсуле содержится от нескольких десятков до нескольких сотен протосколексов. Тело сколекса состоит из паренхимных клеток, мышечных волокон и множества известковых телец, наличие которых при микроскопическом анализе свидетельствует о том, что сколекс живой (в мертвых сколексах известковые тела пропадают). Зрелые сколексы и остатки выводковых капсул составляют гидативный песок.[10]

Внутри пузыря содержится прозрачная жидкость (рН 7.4-7.7), в состав которой входят аммониевые соли, лицетин, креатин, янтарная, молочная, пропионовая кислота, холестерин, хлористый натрий и калий, а также протеолитические и гликолитические ферменты.[5] Жидкость эхинококковой кисты является очень сильным аллергеном, при попадании жидкости в брюшную полость проявляется токсико-аллергическая реакция в тяжелых случаях переходящая в анафилактический шок.[6]

Особенностью развития эхинококка является образование множества дочерних пузырей внутри (эндогенные) и снаружи (экзогенные) материнского пузыря. Образованию дочерних пузырей способствует нарушение целостности наружной оболочки эхинококкового пузыря, при этом в жидкости накапливаются специальные гормоны, которые влияют на герминативный слой, ускоряя процесс образования выводковых капсул и дочерних пузырей.[11] При разрыве материнского пузыря выводковые капсулы, сколексы и дочерние пузырьки прикрепляются к окружающим тканям и органам и дают начало образованию новых эхинококковых кист (вторичная эхинококковая болезнь).

В 2003 году ВОЗ создала классификацию эхинококковых кист:

1. CL – круглая, однокамерная киста с равномерным содержимым, стенка на УЗИ не видна.
2. CE1 – круглая или овальная киста с равномерным содержимым, стенка видна.
3. CE2 – многопузырьковая киста, сотовой структуры с четко различимыми стенками .

4. CE3 – однокамерная киста с дочерними кистами, плавающие оболочки похожи на водную лилию.
5. CE4 – киста с признаками дегенеративных изменений (паразит мертв).
6. CE5 – киста с толстой кальцифицированной капсулой (арка).[1]

Нами проведено изучение одного случая заболевания эхинококкозом у пациента А., жителя города Баймак, 39 лет. Больной поступил в плановом порядке в отделение гастрохирургии РКБ с жалобами на тяжесть в правом подреберье. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает простудные заболевания и аппендэктомию (1994г.), туберкулезом, венерическими заболеваниями не болел, диабет не обнаружен, аллергии на препараты не отмечено. Госпитализирован с диагнозом: Многокамерная киста правой доли печени. Во время исследования снимков КТ установлено место локализации (правая доля печени). По данным КТ был определен тип кисты (CE2 по классификации ВОЗ, 3 тип по классификации Гарби), форма определялась как шаровидная с внутренним диаметром 12 ± 2 см.

Для микроскопического анализа была взята стенка материнского и дочерних эхинококковых пузырей, через 5-6 часов после операции. С соблюдением правил асептики и правил работы с биологическим материалом, стерильной пипеткой сначала был взят соскоб со стенки материнского эхинококкового пузыря, затем был приготовлен нативный препарат, прокрашенный раствором Люголя. При микроскопировании (100x и 400x) были обнаружены протосколексы, фрагменты разрушенных протосколексов, включая отдельные большие и малые крючки, и фрагменты выводковых капсул. Ввернутых протосколексов было обнаружено 26, вывернутых 3, разрушенных 2. Известковые тельца были слабо заметные или не видны.

На следующем этапе были взяты дочерние эхинококковые пузыри. Скальпелем аккуратно разрежали оболочку кисты, наблюдали небольшое фонтанирование жидкости (повышенное давление внутри пузыря), многослойность строения оболочки пузыря. Пипеткой забрали жидкость у внутренней стенки пузыря, приготовили нативный мазок с подкраской раствором Люголя. Были обнаружены группы протосколексов, некоторые окружены выводковой капсулой. Концентрация протосколексов намного была выше, чем в жидкости материнского пузыря. Ввернутых протосколексов обнаружено 87, вывернутых 3, разрушенных протосколексов обнаружено не было. Все протосколексы имели многочисленные, хорошо заметные известковые тельца. Наличие и отсутствие известковых телец в протосколексах позволило установить, что в дочерних пузырях жизнеспособность протосколексов вне тела промежуточного хозяина сохраняется дольше, чем в материнских пузырях.

Со второго дочернего пузыря соответствующем образом был приготовлен 3-ий препарат. Были обнаружены группы протосколексов, некоторые окружены выводковой капсулой. Ввернутых протосколексов обнаружено 66, вывернутых 3, разрушенных 2. Наличие и отсутствие известковых телец в протосколексах позволило установить, что в дочерних пузырях жизнеспособность протосколексов вне тела промежуточного хозяина сохраняется дольше, чем в материнских пузырях

Размеры тела протосколексов (табл. 1) не выявили существенных отличий исследуемого образца от других изолятов *E. granulosus* в России (табл. 2).

Таблица 1

Результаты измерений протосколексов.

Тип пузыря	Длина тела, мкм	Ширина тела, мкм
Материнский	140±6	103±3
Дочерний 1	136±5	103±5
Дочерний 2	135±5	100±3

Таблица 2

Размеры протосколексов.[7]

Локализация пузыря	Длина тела, мкм	Ширина тела, мкм
Печень овцы	140-160	90-120
Печень свиньи	170-180	140
Печень КРС	170-180	110

Заключение и выводы: Данное исследование позволило установить тип, размер и локализацию эхинококковой кисты у пациента. При микроскопическом анализе гидатидной жидкости эхинококкового пузыря были обнаружены протосколексы, которые имели сходные формы и размеры с протосколексами других изолятов вида *Echinococcus granulosus* в России. По наличию и отсутствию в теле протосколексов известковых телец было выявлено, что жизнеспособность протосколексов вне тела промежуточного хозяина в дочерних пузырях сохраняется дольше, чем в материнском пузыре.

Литература

1. Классификация ультразвуковых изображений эхинококковых кист. ВОЗ - 2003г.
2. О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации. Письмо от 24.12.2013 № 01/14780-13-32.
3. Эхинококкоз. Информационный бюллетень ВОЗ №377-2013г.
4. Ахмедов И.Г. Формирование микроацефалоцист в эхинококковой кисте и его индукция *in vitro*//Вестник ДГМА. – 2015.-№1(14).-С.29-33
5. Волох Ю.А. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. Фрунзе: Киргизстан, 1965.- 265 с.
6. Дудкевич Г.А. Эхинококковая болезнь: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1964. 24 с.
7. Журавец А.К. Цистный эхинококкоз – гидатидная болезнь животных и человека: Монография / Новочеркасск: ЮРГТУ, 2004. – 507 с.
8. Лукманова Г.И., Викторова Т.В., Мушарапов Д.Р., Гумеров А.А. Эхинококкоз на Южном Урале// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006.-№5.-С.7-10.
9. Burton J. Bogitsh, Human Parasitology, Fourth Edition/
Clint E. Carter, Thomas N. Oeltmann.: Academic Press, 2012. – 448p.
10. Peter M. Schantz. Echinococcosis: a review// International Journal of infectious diseases. – 2009.-№13.-p. 125-133
11. Salimur Rahman. A Complete Book on Hepato-Pancreato-Biliary Diseases.: Elsevier, 2009. – 666p.

Т.Т. Смағұл, А. В. Зиганьшина

**«МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДУХА В УЧЕБНЫХ
АУДИТОРИЯХ ЗКГМУ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА»**

**Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, Западно-Казахстанский
государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г.Актобе,
Республика Казахстан**

Резюме: Санитарно-микробиологические исследования позволяют оценить опасность воздушной среды. Изучение воздуха актуально с позиции влияния его на здоровье человека, как среда передачи респираторных, аллергических и иных инфекций.

Анализ результатов общей микробной загрязненности в учебных аудиториях, до и после занятий, свидетельствует о средней степени загрязненности воздуха.

Ключевые слова: Исследование микрофлоры воздуха, седиментационный метод, анализ микробной загрязненности.

T.T. Smagul, A.V. Ziganshina

**«MICROBIOLOGICAL EXAMINATION OF THE AIR IN CLASSROOMS OF WEST
KAZAKHSTAN MARAT OSPANOV STATE MEDICAL UNIVERSITY»**

**Department of microbiology, virusology and immunology, West Kazakhstan Marat
Ospanov State Medical University, Aktobe, Republic of Kazakhstan**

Abstract: Sanitary-microbiological investigations allow evaluating the danger of the air environment. The study of air is important from the perspective of its impact on human health, environment or the transmission of respiratory, allergic and other infections. Analysis of the results of total microbial contamination in classrooms, before and after lessons, indicates moderate level of air pollution.

Keywords: The research of air microflora, sedimentation method, analysis of the microbial contamination.

Актуальность: Изучение микрофлоры воздушной среды актуально с позиции влияния ее на здоровье человека. Санитарно-микробиологические исследования позволяют оценить опасность воздушной среды, как вероятных факторов передачи возбудителей респираторных, аллергических и иных инфекций.

Цель исследования: Исследование микрофлоры воздуха седиментационным методом в учебных аудиториях Западно- Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова.

Материалы и методы: Санитарно-микробиологическое исследование воздуха включает в себя 4 этапа: 1) отбор проб воздуха; 2) обработку, транспортировку; 3) выделение микробов; 4) идентификацию выделенной культуры.

Проводили отбор проб воздуха в учебных аудиториях 4 корпусов, на 5 кафедрах: микробиологии, патофизиологии, социальных дисциплин, ОБЖ и патологической анатомии. Забор материала проводили дважды: до и после занятий. Правильное взятие проб гарантирует точность исследования. В закрытых помещениях точки отбора проб устанавливаются из расчета на каждые 20 м² площади одна проба воздуха по типу конверта: 4 точки по углам комнаты (0,5 м от стен) и 5-я точка - в центре. Пробы воздуха забираются на высоте 1,6 - 1,8 м от пола. Чашки устанавливаются в точках отбора на горизонтальной поверхности. Для определения общей микробной обсемененности чашки с МПА оставляли открытыми на 15 минут. Для выявления санитарно-показательных микробов применяли кровяной агар. Чашки оставляли открытыми 40 минут. По окончании экспозиции все чашки закрывали, помещали в термостат на сутки для их роста, затем на 48 ч. оставляли при комнатной температуре для образования пигмента пигментообразующими микроорганизмами. Для определения общей микробной обсемененности использовали формулу Омелянского.

Результаты и обсуждение: Результаты учитывали по суммарному числу колоний, выросших на 5 чашках: при наличии менее 250 колоний воздух считается чистым, 250- 500 колоний - загрязненным в средней степени, при количестве колоний более 500 - загрязненным. Общая микробная обсемененность воздуха в учебных аудиториях кафедры социальных дисциплин до занятий составила 384, после занятий 470 колоний; кафедры патофизиологии соответственно: 342 - 427 колоний; курса ОБЖ: 256 - 341 колоний; патологической анатомии: 299 - 384 колоний; микробиологии: 350 - 435 колоний. Для выявления санитарно-показательных микроорганизмов и был использован кровяной агар. Нами не выявлены гемолитические микроорганизмы.

Заключение и выводы: Анализ результатов общей микробной загрязненности в учебных аудиториях, до и после занятий, свидетельствует о средней степени загрязненности воздуха. Рекомендовано проведение влажной уборки, проветривание помещений до и после занятий.

Литература

1. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Под редакцией академика РАМН Зверева В.В., профессора Бойченко М.Н. - Москва, ГОЭТАР - Медиа, 2010.

2. Воробьев А.А., Кривошеин Ю.С., Широбоков В.П. "Медицинская и санитарная микробиология" - М.: Издательский центр "Академия" 2006. - 464 стр.

3. Review of Medical Microbiology /E. Jawetz, J. Melnick, E. A. Adelberg/ Lange Medical Publication, Los Altos, California, 2002.

УДК 592

К.И. Сиращев¹, Д.К. Казалова¹, А.А. Андриянова², С.М. Измайлова¹

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ВОДОЕМОВ
ГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ ПО СТАБИЛЬНОСТИ РАЗВИТИЯ
СЕРЕБРЯНОГО КАРАСЯ CARASSIUS GIBELIO**

¹Кафедра биологии, Башкирский Государственный Медицинский Университет,
Уфа

²Гимназия №26, г. Набережные Челны

Резюме. Проведены исследования по оценки состояния некоторых водоемов в городе Набережные Челны. Анализирован уровень загрязнения водоемов.

Ключевые слова: Серебряный карась, водоемы, асимметрия, загрязнения

K.I. Sirachev¹, D.K. Kazalova¹, A.A. Andriyanova², S.M.Izmailova¹

**ASSESSMENT OF THE STATE OF SOME WATER RESERVOIRS
IN NABEREZHNYE CHELNY ON STABILITY OF DEVELOPMENT
OF SILVER CARP CARASSIUS GIBELIO**

¹Chair of Biology, Bashkir sate Medical University, Ufa

²Gymnasium №26, Naberezhnye Chelny

Resume: Researches on the assesmnet of the state of some water reserviours in Naberezhnye Chelny were made. The level of water pollution of reserviours was analysed.

Keywords: silver carp, water reserviours, asymmetry, pollution.

Актуальность. Проблема загрязнения окружающей среды в настоящее время приобрела глобальное значение. В различные водоемы нашей планеты ежегодно сбрасывается около 700 км³ загрязненных вод. При этом гибнут наиболее чувствительные организмы, разрушаются сбалансированные природные сообщества, ограничивается хозяйственное и рекреационное использование водоемов. Поэтому поиск способов определения степени загрязнения водоемов – одна из актуальных проблем современной науки.

Республика Татарстан очень богата озерами, малыми реками и другими водоемами. Водоемы нашего региона сильно различаются по своим гидрологическим характеристикам, существенно варьируют также газовый и температурный режим, степень зарастаемости и другие абиотические и биотические параметры среды. Основным представителем ихтиофауны в большинстве водоемов является серебряный карась *Carassius gibelio* (Bloch). Он неприспособлен к условиям обитания и способен длительное время переживать полное

отсутствие кислорода в воде. Такие различные условия отражаются на эколого-морфологических характеристиках вида.

Мерой стабильности развития может служить флуктуирующая асимметрия, представляющая собой незначительные ненаправленные отклонения от строгой билатеральной симметрии вследствие несовершенства онтогенетических процессов. Она является одним из основных показателей стабильности развития, позволяющим определить нарушение развития, происходящие на основе одного и того же генотипа.

Флуктуирующая асимметрия крайне широко распространенное явление. Это есть проявление внутрииндивидуальной изменчивости, т.е. характеризует различия между гомологичными структурами внутри одного индивида. Анализ флуктуирующей асимметрии, как показателя одной из наиболее общих характеристик индивидуального развития, крайне перспективный биоиндикационный метод. Важной характеристикой данного метода, подчеркивающей его универсальность, является возможность его использования в отношении представителей разных групп живых существ, т.к. причинная обусловленность различий в значении признаков на двух сторонах тела при флуктуирующей асимметрии оказывается принципиально сходной в отношении различных морфологических структур у самых разных видов. К настоящему моменту накоплено много данных, убедительно доказывающих чувствительность уровня флуктуирующей асимметрии к различным по происхождению антропогенным воздействиям. Морфометрические признаки рыб являются одним из основных индикаторов состояния популяций рыб в водных экосистемах.

Цель нашего исследования - оценить состояние некоторых водоемов города Набережные Челны по показателю стабильности развития у серебряного карася *Carassius gibelio* (Bloch).

Материалы методы: Нами было изучено четыре популяций карася серебряного. Сбор материала проводили в течение июля – августа 2014 г. Отлов рыб проводили в четырех точках. Три из них характеризующиеся высокой антропогенной нагрузкой: пруд вблизи Литейного завода, пруд возле Набережночелнинской ТЭЦ, и речка Шильна. В качестве контроля использовали карасей, выловленных в озере Лесное в парке Прибрежный.

Результаты и обсуждение:

Были изучены гидрохимические показатели исследованных водоемов. Из данных представленных в таблице 1 видно, что вода во всех точках характеризуется как слабощелочная. В прудах возле ТЭЦ и Литейного завода наблюдается значительное снижение количества растворенного кислорода, близкое к критическому уровню (см. табл. 1). Это может быть, связано со значительными загрязнениями водоемов органическими соединениями.

Таблица 1

Некоторые гидрохимические показатели исследованных водоемов

Водоем	рН	Растворенный кислород, мгО/л	Нитрат-ионы (NO ₃ ⁻), мг/л
Пруд возле ТЭЦ	7,9±0,3	3,8±0,2	12,4±0,4
Пруд возле ЛЗ	8,2±0,2	3,2±0,1	13,5±0,1
р. Шильна	7,8±0,2	6,1±0,3	2,2±0,2
Озеро Лесное	7,3±0,2	7,8±0,1	0,9±0,2

Из всего многообразия морфологических признаков, которые можно использовать в качестве индикаторов - это прежде всего размеры тела карасей. Длина тела карасей в исследуемых водоемах различаются. Самые крупные караси обитают в пруду возле Литейного завода, самые мелкие в контрольном водоеме - озере Лесном. Исключение составили караси, обитающие в водоеме возле ТЭЦ - здесь оказались самые мелкие караси сеголетки (см. табл. 2).

Таблица 2

Средняя линейная длина тела карасей в исследованных водоемах

Водоем	длина тела, L см (по возрастам, годы)		
	1+	2+	3+
Пруд возле ТЭЦ	4,4±0,1	11,2±0,3	15,2±0,5
Пруд возле ЛЗ	8,6±0,3	13,9±0,5	16,8±0,7
р. Шильна	6,7±0,2	9,3±0,3	13,0±0,5
Озеро Лесное	5,6±0,2	8,8±0,3	11,9±0,4

Для оценки стабильности развития популяций карася серебряного в исследованных водоемах нами были обследованы 117 особей из указанных выше водоемов. Все особи являлись сеголетками. Анализ полученных материалов показал, что караси контрольной группы из озера Лесное характеризуются меньшей долей асимметричных и соответственно значительно большей долей симметричных особей по сравнению с рыбами из других водоемов. Кроме того, и караси из речки Шильна асимметричны главным образом по одному

признакам. У карасей из других водоемов значительную долю составляют рыбы, асимметричные по двум - трем признакам (см. табл. 3)..

Таблица 3

Доля асимметричных по отдельным признакам особей серебряного карася от общего числа случаев асимметрии в исследованных водоемах

водоем	% ассиметричных особей карася серебристого			
	Число лучей в грудных плавниках (P)	Число лучей в брюшных плавниках (V)	Число чешуй в боковой линии	Число случаев асимметрии на 1 особь
Пруд возле ТЭЦ (n = 24)	35%	35%	70,8%	1,29
Пруд возле ЛЗ (n = 53)	32,07%	20,75%	88,7%	1,43
р. Шильна (n = 20)	5%	15%	40%	0,55
Озеро Лесное (n = 20)	0%	5%	15%	0,2

Как видно из представленных данных, больше всего отклонений указанных индексов в прудах вблизи ТЭЦ и больше всего в пруду возле Литейного завода. Индексы речки Шильны и озера Лесного наиболее близки. Число случаев асимметрии на особь в популяциях серебряного карася из речки Шильны и озера Лесного меньше, чем в других популяциях (см. табл. 3)..

Колебания числа ветвистых лучей в грудных плавниках (15-19) отмечается у карасей из пруда возле ТЭЦ, а также у пруда возле Литейного завода (15-18), в двух других изученных популяциях колебания минимальны (15-17). Минимальные колебания числа лучей в брюшных плавниках (7-8) отмечаются во всех изученных водоемах (см. табл. 4)..

Таблица 4

Средние (над чертой) и колебания (под чертой) значений признаков у карася серебряного из разных водоемов

Водоем	Признаки
--------	----------

	Число лучей в грудных плавниках (P)	Число лучей в брюшных плавниках (V)	Число чешуй в боковой линии
Пруд возле ТЭЦ (n = 24)	15,729±0,764 15 -19	7,437±0,50 7-8	31,27 ± 1,659 28-35
Пруд возле ЛЗ (n = 53)	15,811 ±0,705 15 -18	7,415 ±4,95 7-8	30,547 ±1,794 27-35
р. Шильна (n = 20)	15,825±0,594 15 -17	7,3±0,46 7-8	30,45±1, 794 27 - 34
Озеро Лесное (n = 20)	15.8±0,61 15 -17	7,525±0,50 7-8	30.125±1,18 28-32

Минимальный уровень флуктуирующей асимметрии, представленный нами в виде различных показателей, обнаружен у серебряного карася из озера Лесное, что говорит о высокой стабильности его развития. Из этого следует, что закладка и морфогенез структур изученных нами признаков в эмбриональном и раннем постэмбриональном развитии протекали в хороших условиях.

В таблице 5 представлены обобщенные данные по величине флуктуирующей асимметрии карася серебряного, определена стабильность развития рыб в изученных водоемах. Исходя из методики (Захаров, 1987) мы можем определить состояние пруда возле Литейного завода как критическое, а пруд, расположенный возле ТЭЦ дающий существенные отклонения от нормы (см. табл. 5)..

Таблица 5

Данные по величине флуктуирующей асимметрии карася серебряного и стабильность его развития в различных водоемах.

	Суммарная дисперсия флуктуирующей асимметрии	Стабильн ость развития в баллах	Качество среды
Пруд возле	0,427083 ± 0, 32	IV	Существенные (значительные) отклонения от

ТЭЦ			нормы
Пруд возле ЛЗ	$0,473962 \pm 0,25$	V	Критическое состояние
р. Шильна	$0,198 \pm 0,19$	I	Условно нормальное
Озеро Лесное	$0,067 \pm 0,17$	I	Условно нормальное

Вывод: Исследованные популяции серебряного карася довольно сильно различаются средними величинами изученных признаков. Наибольшие колебания числа чешуек в боковой линии характерны для серебряного карася из пруда возле Литейного завода, несколько меньшие – отмечены для рыб из пруда возле ТЭЦ.

Литература

1. Аннотированный каталог круглоротых и рыб континентальных вод России / Под ред. Ю.С. Решетникова. - М.: Наука - 1998. - 218 с.
2. Атлас пресноводных рыб России: В 2 т. Т.1. / Под ред. Ю.С. Решетникова.- М.: Наука - 2002. - 379 с.
3. Веселов Е. Определитель пресноводных рыб фауны СССР. Пособие для учителей. - М.: Просвещение - 1977. - 236 с.
4. ГОСТ Р 51592-2000 Вода. Общие требования к отбору проб. – М.: Стандартиформ – 2008. – 45 с.
5. Захаров В. М. Асимметрия животных. М.: Наука, 1987. 216 с.

УДК 613.21

А.А.Сапронова, Е.А. Красильникова, О.С. Целоусова

**АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ
ПЕРВОКУРСНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36**

**Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет,
г.Уфа,**

Резюме: проведен анализ психологического компонента здоровья студентов первокурсников с помощью опросника SF-36. Выявлено, что у юношей показатели качества жизни лучше, чем у девушек.

Ключевые слова: студенты, качество жизни, психологический компонент здоровья.

A.A. Saproнова, E.A. Krasil'nikova, O.S. Tselousova

**THE ANALYSIS OF THE COMPONENT MENTAL HEALTH STUDENTS USING
THE SF-36 QUESTIONNAIRE**

Department of Biology, Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: was conducted the analysis of the component mental health students using the SF-36 questionnaire. It was revealed that the young men have been are better indicators of quality of life than girls.

Keywords: students, quality of life, mental health.

Актуальность. Качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Понятие качество жизни всегда связано со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и инвалидности». В гигиенических популяционных исследованиях показатели качества жизни у здоровых людей могут трактоваться как нормативные. В условиях глобальных кризисов - экологического, демографического, геополитического, нравственного, а также значительно усложняющихся условий жизни людей, наиболее актуальным является изучение психологического компонента здоровья, поскольку воздействие на человека различных факторов, вызывает нервно-психические напряжения, стрессы, эмоциональную дестабилизацию.

Цель исследования состояла в изучении психологического компонента здоровья студентов первокурсников БГМУ с помощью опросника SF-36.

Материалы и методы. Для изучения качества жизни студентов нами использовалась русскоязычная версия опросника SF-36 валидированная Межнациональным центром исследования качества жизни г.Санкт-Петербурга [1, 2]. В опросе приняли участие 37 практически здоровых студентов первого курса БГМУ (81% женского пола, 19% мужского.), в возрасте от 18-20 лет ($18,24 \pm 0,43$). Психологический компонент здоровья (Mental Health) определяли по соответствующим шкалам: 1-психическое здоровье, 2-ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, 3 - социальное функционирование, 4- жизненная активность. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни.

Результаты и обсуждение. Нами проведен предварительный анализ психологического компонента здоровья студентов первокурсников. Большая часть респондентов на вопрос: «На сколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе», среди опрошенных девушек - 32,4% (12) ответили: «Совсем не мешало», 24,3% (9) из них оценили значение как «умеренное», 13,5% (5) ответили: «немного», и только 10,8% (4) охарактеризовали зависимость физического и эмоционального состояния на возможность проведения времени с семьей, друзьями, соседями или в коллективе как сильную. Среди представителей мужского пола были получены следующие ответы: 16,2% (6) «совсем не мешало», 2,7% (1) – «немного». При этом бодрыми себя чувствовали 32,4% (12) девушек, 2,7% (1) определили свое ощущение бодрости как «частое». Еще 32,4% (12) утверждали, что бодрыми себя чувствуют иногда, а 13,5% (5) ответили «редко». Полными сил и энергии чувствовали себя все время 2,7% (1) среди девушек и 5,4% (2) – среди парней, 21,6% (8) девушек – «часто», и столько же «иногда». Шкала жизненной активности подразумевает оценку ощущения респондентом или пациентом полными сил и энергии. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении исследуемых, снижении их жизненной активности. Жизненная активность юношей (всего баллов: $65,0 \pm 10,69$) превышала параметры данной шкалы относительно девушек (всего баллов: $49,0 \pm 8,06$, табл.1). Шкала социального функционирования оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) и отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние респондента их ограничивает: чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 недели. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья. Наибольшая социальная активность наблюдалась среди юношей (всего баллов: $92,86 \pm 15,27$, табл.1). Так на вопрос: «Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с

людьми? Например, навещать родственников, друзей» 27% (10) девушек отметили, что редко, другие 27% (10) – «ни разу». Среди опрошенных юношей: «редко» ответили 8,1% (3), «ни разу» - 10,8% (4).

Таблица 1

Средние показатели шкал психологического компонента здоровья

Психологический компонент здоровья				
Шкалы/Показатели	Общие показатели		Девушки	Юноши
	M ±m	Min-Max	M ±m	M ±m
Жизненная активность	51,11 ± 8,40	15-90	49,0 ± 8,06	65,0 ± 10,69
Социальное функционирование	74,65 ± 12,27	25-100	71,25 ± 11,71	92,86 ± 15,27
Ролевое функционирование	61,11 ± 10,05	0-100	54,44 ± 8,95	95,24 ± 15,66
Психическое здоровье	61,44 ± 10,10	20-88	59,33 ± 9,75	73,71 ± 12,12

Участникам анкетирования были заданы такие вопросы как влияние эмоционального состояния на работоспособность, а так же на повседневную жизнь. Большинство опрошенных отметили влияние их эмоционального состояния на работоспособность и коммуникабельность. Так 45,9% респондентов выполнили меньше, чем хотели, выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно - 37,8% опрошенных, а 27,0% - пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела. Выявлено, что среди юношей эмоциональное состояние гораздо меньше ограничивает повседневную активность, чем среди девушек (95,24 ± 15,66 и 54,44 ± 8,95). шкала ролевого эмоционального функционирования предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества: чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность респондента [1, 2].

Шкала психологического здоровья характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций: чем выше показатель, тем больше времени респонденты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение

последнего месяца. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии. Установлено, что среди девушек показатели данной шкалы ниже, чем у юношей. Для всех шкал психологического компонента здоровья были выявлены минимальные и максимальные значения. Минимальные значения шкал наблюдались у девушек и составили от 0-25 баллов, максимальное значение было равно 100 и наблюдалось среди юношей по двум шкалам – социального и ролевого функционирования. Таким образом, по шкалам опросника SF-36 психологический компонент здоровья качества жизни лучше у юношей, чем у девушек. Наши данные согласуются с результатами многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ» на выборке из 3400 чел. Исследователями было установлено, мужское население в популяции РФ имело лучшие показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с женским ($p < 0,0001$) [1].

Литература

1. Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И., Ребров А. П., Сороцкая В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // Научно-практическая ревматология . 2008. №1. С.36-48.
2. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and International Guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski et al. // MA: New England Medical Center, The Health Institute, Boston, 1993.

УДК: 61.577.1

А.И. Петрова, Л. Т. Городничева, С. М. Измайлова

МЕТОДЫ БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.

Уфа

Резюме: В целях изучения наиболее актуальных методов диагностики сахарного диабета проведен литературный обзор по теме. В ходе исследования применялись следующие методы: концентрация глюкозы, гликированный гемоглобин, С-пептид. Данные отчетов за период с 2011-2013 гг. клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ РКБ им. Г. Г. Куватова показали, что данные методы наиболее значимы для диагностики сахарного диабета.

Ключевые слова: Сахарный диабет, концентрация глюкозы, гликированный гемоглобин.

A.I. Petrova, L. T. Gorodnicheva, S. M. Izmailova

METHODS FOR BIOCHEMICAL STUDIES OF DIABETES

Department of biology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In order to explore the most actual methods of diabetes mellitus diagnostic were made literature review of this theme. The study used the following methods: the concentration of glucose, glycated hemoglobin glucoviada, C-peptide. Data report for the period 2011-2013 clinical diagnostic laboratory pathology Department RCB them. G. Kuvatov showed that this methods are most important for the diagnosis of diabetes.

Keywords: Diabetes mellitus, the concentration of glucose, hemoglobin glucoviada.

В настоящее время понятно, что сахарный диабет (далее СД)- это болезнь века, так как среди других неинфекционных заболеваний он выделяется не только ростом заболеваемости и частоты, но и быстро увеличивающейся группой риска. По данным экспертной комиссии ВОЗ, к настоящему времени СД страдают более 60 млн. человек в мире, ежегодно этот показатель увеличивается на 6-10 %, его удвоения следует ожидать каждые 10-15 лет [1]. Связано это с демографическим дрейфом населения земли к старению, ибо возраст - это один из ведущих факторов в причинах этой болезни. СД - это расплата современного человека за неправильный образ жизни [2].

На сегодняшний день существует много методик выявления и ранней диагностики СД. К ним можно отнести следующие методы исследования:

1. Концентрация глюкозы (редуктометрический, колориметрический, ферментативный методы).

2. Гликированный гемоглобин

Степень гликозилированного гемоглобина (а следовательно, его концентрация) зависит от

концентрации глюкозы в крови и длительности контакта глюкозы с гемоглобином. Ценность определения гликозилированного гемоглобина в том, что он характеризует средний уровень глюкозы в крови, позволяет оценить состояние углеводного обмена не в момент обследования, а за 3-4 месяца до него, т.е является интегральным показателем углеводного обмена в течение большого периода времени .

3. С-пептидов.

4. Глюкозы в моче.

5. Глюкозотолерантный тест.

6. Фруктозамины.

7. Кетоновые тела в крови и моче [3].

Цель исследования: Выявление наиболее актуальные методы диагностики сахарного диабета.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Для биохимического исследований КДЛ ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова используют анализаторы фирмы Beckman Coulter.

Исследовано 30 пациентов с диагнозом СД, проходившим лечение в эндокринологическом отделении КДЛ ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Среди обследованных 33% мужчин (N=10) и 66% (N=20), средний возраст -52,9 лет. Среди пациентов, болеющих менее 1 года -23,3% от общего количества (N=7), до 10 лет-23,3 % (N=11), более 20 лет-16,7% (N=5). Этим больным было назначено определение дневного колебания сахара. Исследование глюкозы проводят в 8:00, 11:00, 13:00. Материал для исследования - капиллярная кровь. Определение дневного колебания сахара проводят на анализаторе DS360.

В исследование глигемоглобина и С-пептида использовали данные отчета за период 2011-2013 года.

Результаты и обсуждение: Нормальная концентрация глюкозы у здорового человека составляет 3,3-5,5 ммоль/л. В результате проведенного исследования нами было выявлено: в 8 утра нормальное содержание глюкозы было обнаружено у 3 больных (из них болели СД до одного года 2 пациента, 1 пациент до 10 лет); повышенное содержание глюкозы наблюдалось у 27 больных; 11:00 – у 2 пациентов обнаружена нормогликемия (длительность заболевания до 1 года), у 28 больных – гипергликемия; 13:00 - у пяти больных наблюдалось

нормальное содержание глюкозы (из них болели СД до одного года 2 пациента, до 10 лет 1 пациент, до 20 лет 1 пациент, более 20 лет 1 пациент), у 25 выше нормального значения (табл.1).

Таблица 1

Мониторинг гликемии в исследуемой группе

Гликемия	Время исследования глюкозы		
	8:00	11:00	13:00
нормогликемия	3	2	5
гипергликемия	27	28	25

По результатам проведенного исследования мы отметили, что длительность заболевания (особенно более 10 лет), влияет на степень компенсации сахарного диабета, а длительность заболевания менее года говорит о хорошей компенсации СД. В настоящее время уровень $HbA1c \geq 6,5\%$ считается наиболее стабильным показателем характеризующим

гипергликемию и признается критерием диагностики СД [4].

При анализе показателей глигемоглобина за период 2011-2013 год, нами было выявлено, что 2012 году глигемоглобин определяли чаще (44%), чем в 2011г (40%) ,а наименьшее количество определений глигемоглобина - 2013г (16%). Возможно, увеличение количества исследований глигемоглобина связано с высоким поступлением больных болеющих СД в 2012г (Рис. 1).



Рис.1. Количество проведенных анализов на определение глигемоглобина за 2011-2013

г

В анализе исследования С-пептида были использованы данные отчета за 2011-2013 г. В результате проведенного анализа мы обнаружили, что в 2011 г. было наибольшее количество определений С-пептида (40%) от общего количества исследований, в 2013 году определение С-пептида уменьшилось(33%). В 2012 году наблюдалось существенное уменьшение определения С-пептида (27%) (Рис. 2).



Рис. 2. Количество проведенных анализов на определение С-пептида за 2011-2013 г.

Проанализировав данные отчета, мы предполагаем, что в 2011 году количество пациентов, находящихся на лечении СД было намного больше, чем в 2012, 2013 годах.

Заключение и выводы: В ходе работы было установлено, что наиболее значимыми методами для диагностики сахарного диабета является концентрация глюкозы, гликированный гемоглобин, С - пептид.

Литература

1. Долгов В.В., Шевченко О.П. Лабораторная диагностика.- М., «Реафарм». - 2010 - С. 123.
2. Камышников В.С.Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: В 2 т.Т.2.-2-е изд. - Мн.: Беларусь 2010. - С. 23.
3. Кишкун А.А. Современные технологии повышения качества клинической лабораторной диагностики. Москва, РАМЛД. – 2009.- С. 5-7.
4. Маршалл, Бангерт Клиническая биохимия 6-е издание М.-СПб. «Издательство БИНОМ» - «Диалект».- 2011, С. 64-70.
5. Первушин Ю.В. Рогова С.Ш. Пособие по биохимическим исследованиям в КДЛ.- Ставрополь, 2008.- С. 95-98.

УДК 613.6

А.В. Пахомова, Д.Н. Куватова, В.Р. Зарипова

**ВЛИЯНИЯ АРОМАТОВ РОЗМАРИНА И КЕДРА НА УМСТВЕННУЮ
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ВНИМАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ 15-17 ЛЕТ**

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.

Уфа

Резюме. В настоящее время к умственной способности школьников предъявляются все более высокие требования. За последнее десятилетие произошло значительное ухудшение состояния здоровья обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, что требует поиска методов и способов решения данной проблемы. Ароматерапия является одной из форм альтернативной медицины, в основе которой лежит использование эфирных масел и других ароматических соединений с целью изменения у человека настроения, когнитивных функций (так называемое «психическое состояние») и здоровья; т.е. запахи ароматических масел влияют на настроение, умственное и физическое состояние, работоспособность, обостряют чувства. В нашей работе апробирована эффективность применения метода ароматерапии для коррекции умственной работоспособности и внимания школьников 15-17 лет на уроках. Исследованиями подтвердилось, что использование метода ароматерапии, в частности использование аромата розмарина и кедра, повышает внимание у школьников.

Ключевые слова. ароматерапия, утомляемость, ароматические масла, розмарин, кедр.

A. V. Pachomova, D.N. Kuvatova, V.R. Zaripova

**EFFECTS OF ROSEMARY (ROSMARINUS OFFICIALIS) AND CEDAR (PINUS
SIBIRICA) FRAGRANCE ON MENTAL PERFORMANCE AND CONCENTRATION OF
15-17 – YEAR-OLD SCHOOLERS**

Biology Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Today, evidence is mounting that mental performance of school children is challenging. During the last decade, a significant deterioration of learners health status has been noted. In this view, a search for new approaches to this problem is of great importance. Aromatherapy is currently one of alternative medicine Branches. It is based on essential oils and other aromatic compounds used to change human mood, cognitive functions (the so called "psychic condition") and health, i.e. aromatic oils exert effects on human mood, mental and physical condition, workability, sharpen the senses. Our work focuses on the effective use or the aromatherapy method for correcting mental performance and consideration of 15-17-year-old

schoolers in class. Our investigation has shown that the aromatherapy method using rosemary and cedar fragrance increases learners consideration.

Keywords. aromatherapy, essential oils, rosemary, cedar

Актуальность. В настоящее время к умственной способности школьников предъявляются все более высокие требования. В таких условиях обучения современный школьник должен обладать не только хорошо развитыми интеллектуальными данными, но и обладать способностью осуществлять определенную умственную деятельность с требуемым качеством в определенный интервал времени. За последнее десятилетие произошло значительное ухудшение состояния здоровья обучающихся и воспитанников образовательных учреждений. У них отмечается рост распространенности функциональных отклонений, хронических заболеваний, нарушений физического развития и снижение функциональных возможностей организма. Многие педагоги отмечают ухудшение успеваемости, снижение умственного потенциала школьников в условиях возросших современных учебных нагрузок [1,2], что требует поиска способов и методов ее повышения.

Цель исследования: апробировать эффективность применения метода ароматерапии для коррекции умственной работоспособности и внимания школьников 15-17 лет на уроках.

Материалы и методы: Анализ литературы

Метод определения умственной работоспособности (по таблице В.Некрасова)

Анкетирование

Метод определения умственной работоспособности по таблице В.Некрасова и корректурной пробе В.Я.Анфимова

Педагогический эксперимент

Результаты и обсуждение:

Результаты изучения состояния уровня внимания и работоспособности у школьников в начале и в конце школьных занятий.

Анализируя результаты модифицированного теста по таблице В.Некрасова (приложение №1) на умственную работоспособность, мы видим, что у ребят отмечается тенденция к снижению умственной работоспособности к концу школьных уроков (табл. 1).

Таблица 1

Умственная работоспособность у школьников 10 класса на первом и четвертом уроке

	Уровень умственной работоспособности и внимания		
	низкий	средний	высокий

На первом уроке	Кол -во	1	3	6
	%	10%	30%	60%
После четвертого урока	Кол -во	4	5	1
	%	40%	50%	10%

Результаты выявления отношения школьников к ароматерапии и наличия аллергии к запахам.

Для выявления школьников, имеющих аллергические реакции, среди испытуемых проводилось анкетирование (приложение №2), в котором принимало участие 14 человек.

Результаты анкетирования школьников показали, что 100% опрошенных знают, что такое ароматерапия и относятся к ней положительно. По результатам анкетирования у 100% не было выявлено аллергии на запахи. При этом 13% имеют родных, с аллергией на запах валерианы и молотый перец. Из 15 опрошенных, только 1 человек пользовался методом ароматерапии для улучшения памяти и внимания.

Результаты изучения эффективности применения ароматов розмарина и кедр на уровень внимания умственную работоспособность.

Анализируя результаты теста на уровень внимания и работоспособности по таблице В. Некрасова (приложение №3), мы видим, что после воздействия обоих ароматов повышается (табл. 2).

Таблица 2

Уровень внимания и умственной работоспособности по таблице В. Некрасову школьников 15-17 лет до и после эксперимента

		Умственная работоспособность у школьников							
		Аромат розмарина				Аромат кедр			
		низ.уров.	сред.уров.	выс.уров.	из.уров.	низ.уров.	сред.уров.	выс.уров.	из.уров.
До эксперимента	Кол -во	0	2	3	5	0	5	3	2
	%	0%	20%	30%	50%	0%	50%	30%	20%

П осле экс-та	Ко	-	1	1	8	-	2	2	6
	л-во								
	%	0	1	1	80	0	2	2	60
	%	0%	0%	0%	%	%	0%	0%	%

Результаты изучения влияние ароматов розмарина и кедра на умственную работоспособность

Анализируя результаты теста на умственную работоспособность по таблице В.Я. Анфимова, мы делаем вывод, что умственная работоспособность у школьников после воздействия ароматов розмарина и кедра повышается (табл. 3).

Таблица 3

Показатели умственной работоспособности у школьников 10-11 классов по корректурной пробе В.Я. Анфимова до и после воздействия ароматов розмарина и кедра

Уровень умственной работоспособности	Аромат розмарина		Аромат кедра	
	До эксперимент а 10А класс	После эксперимент а 10А класс	До эксперимент а 11А класс	После эксперимента 11А класс
Высокий уровень	0%	30%	50%	30%
Средний уровень	50%	60%	40%	70%
Низкий уровень	50%	10%	10%	0%

Заключение и выводы: Количество школьников с низким уровнем внимания и умственной работоспособности к шестому школьному уроку увеличивается на 30%.

100% опрошенных ребят знают, что такое ароматерапия и относятся к ней положительно, при этом по результатам анкетирования у 100% не было выявлено аллергии на запахи.

Определение уровня внимания по таблице В. Некрасова при апробации двух ароматов выявило эффективность обоих ароматов, но наиболее эффективным оказался аромат кедра.

Корректурная проба по таблице В.Я. Анфимова позволила установить эффективность аромата розмарина, однако эффективность аромата кедра требует дальнейшего изучения.

Коэффициент продуктивности работы школьников после воздействия аромата розмарина и кедра незначительно повысился на 0,06 и варьирует в пределах 0,93-0,96.

Таким образом, наша гипотеза подтвердилась: использование метода ароматерапии, в частности использование аромата розмарина и кедра повышает внимание у школьников. Однако эффективность аромата кедра и его влияние на уровень умственной работоспособности требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Самигуллина М.С., Самигуллин Г.Х. Здоровье школьника и методы его определения. – Набережные Челны, 1998.
2. «Умственная работоспособность детей школьного возраста, проживающих на йод дефицитных территориях» Проскуракова Лариса Александровна // Министерство здравоохранения Российской Федерации Новокузнецкий государственный институт дальнейшего усовершенствования врачей.

Приложение №1

Таблица для модифицированной пробы на умственную работоспособность по В. Некрасову

5	21	23	4	25
11	2	7	13	20
24	17	19	6	18
9	1	12	8	14
16	10	3	15	22

Приложение №2

Анкета для выявления отношения школьников к ароматерапии и наличию аллергии к запахам.

1. Ф.И.О. _____

2. Знаете ли вы, что такое ароматерапия? а) Да б) Нет

3. Как относитесь к методам ароматерапии? а) Положительно б) Отрицательно
в) Никогда не слышал(а) об этом

4. Имеете ли вы аллергию на запахи? Отмечали вы когда-либо появление аллергических реакций на какой-либо запах) Да (указать на какой запах: _____) б) Нет

5. Использовали ли вы когда-либо метод ароматерапии для улучшения памяти и внимания? а) Да б) Нет

6. Могут ли ваши родственники иметь аллергию на запахи? а) Да (указать на какой запах: _____; у кого: _____) б) Нет в) Не знаю

Приложение №3

Таблица В. Некрасова для выявления уровня работоспособности

7	10	15	12
---	----	----	----

1	2	3	4
3	14	16	4
5	6	7	8
11	1	13	9
9	10	11	12
5	8	2	6
13	14	15	16

УДК: 61.577.1

А.Р. Мингазова, А.Д. Латыпова, С. М. Измайлова

**ВЛИЯНИЕ ШОКОЛАДА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, МАССУ ТЕЛА,
УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И САХАРА В КРОВИ**

**Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.
Уфа**

Резюме. В целях изучения наиболее актуальных методов диагностики сахарного диабета проведен литературный обзор по теме. В ходе исследования применялись следующие методы: анализ научной литературы, сбор сестринской информации: копировка из истории болезни, контрольных карт диспансерного наблюдения пациентов СД второго типа, данных лабораторных методов исследования. Данные отчетов за период 2013г. поликлинического отделения №2 МБУЗ №. ЛПУ 13, показали, что данные методы наиболее значимы для диагностики сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, концентрация глюкозы.

A.R. Mingazova, A.D. Latypova, S.M. Izmailova

**INFLUENCE OF CHOCOLATE BLOOD PRESSURE, BODY MASS, TOTAL
CHOLESTEROL AND BLOOD SUGAR**

Department of biology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. In the explore the most pressing diabetes diagnostic methods carried out a literature review on the topic. The study used the following methods: analysis of scientific literature, the collection of nursing information: copying the medical history, checklists of follow-up of patients diabetes of the second type, these laboratory studies reporting data for the period 2013 outpatient department №2 MBUZ number. LPU 13, that these methods are most significant for the diagnosis of diabetes

Keywords: diabetes, glucose concentration.

Сахарный диабет (СД) - группа эндокринных заболеваний развивающихся вследствие недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия – стойкое увеличение содержание глюкозы в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением и нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого.

В основе патогенетического механизма развития сахарного диабета 1-го типа (СД1) лежит недостаточность синтеза секрета инсулина эндокринными клетками поджелудочной железы (β -клетки поджелудочной железы), вызванная их разрушением в результате

воздействия тех или иных факторов (вирусная инфекция, стресс, аутоиммунная агрессия и другие). Распространённость сахарного диабета 1-го типа в популяции достигает 10 - 15% всех случаев сахарного диабета. В основе патогенеза сахарного диабета 2-го типа (СД2) лежит снижение чувствительности инсулинозависимых тканей к действию инсулина (инсулинорезистентность). Диабет 2-го типа достигает 85—90% всех случаев сахарного диабета у взрослого населения и наиболее часто манифестирует среди лиц старше 40 лет, как правило, сопровождается ожирением [7].

Сахарный диабет - занимает третье место среди причин смертности после сердечно - сосудистых и онкологических заболеваний. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 175 миллионов больных, их количество неуклонно растёт и к 2025 году может достигнуть 300 миллионов [8]. По РБ В нашей стране по данным обращаемости 2013 г. зарегистрировано более 2 млн. больных, из которых 13% составили больные сахарным диабетом 1 типа и 87% - 2 типа.

В Республике Башкортостан в 2013 г. количество больных сахарным диабетом было 85 621, из них СД1 имели 5 505, а СД2 – 80 116 человек.

Цель исследования. Изучить вопрос о положительных и отрицательных воздействиях шоколада на организм пациентов, больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Проведен обзор научной литературы по теме исследования. Сбор сестринской информации: копия из истории болезни, контрольных карт диспансерного наблюдения пациентов СД2, данных лабораторных методов исследования.

Объектом исследования были пациенты с диагнозом СД2 (N=14), состоящие на диспансерном учёте в поликлиническом отделении №2 ЛПУ МБУЗ ГКБ № 13.

Проведена профилактическая беседа со всеми пациентами, в которой были затронуты следующие темы: сущность заболевания СД, его причины; диетотерапии, расчет хлебных единиц при составлении меню, самопомощь при гипогликемии и гипергликемии, правила пользования глюкометром, правила ухода за ногами.

Пациентов с диагнозом СД2 расделили на 2 группы: первая (N=7) и вторая (N=7) (см. табл.1). Первая группа находилась на стандартной диете с добавлением молочного шоколада Alpen, а вторая - на стандартной диете с добавлением французского шоколада Lindt.

Таблица 1

Распределение пациентов в группы в зависимости от критериев.

№ группы	Первая группа	Вторая группа
----------	---------------	---------------

	стандартная диета с добавлением молочного шоколада Alpen Gold	стандартная диета с добавлением французского шоколада Lindt
Критерии	Масса тела от 95-120 кг, холестерин $\approx 6,5$, ИМТ ≈ 30 , тахикардия, гипертензия $\approx 160/95$ мм.рт. ст., гликемия натощак $\approx 5,5$ ммоль/л.	

Результаты и обсуждение.

Через 1 неделю после лекции в ходе беседы с пациентами мы выявили:

- Соблюдение, предписанной врачом диеты и регулярный контроль своего веса наблюдалось у 13 человек (93%) из 14.
- Все пациенты (100%) начали интересоваться научно-популярной литературой по своему заболеванию.
- Единственный в группе курильщик сообщил, что стал выкуривать в день значительно меньше сигарет и попытается вообще бросить курить.
- Пациенты эпизодически употребляющих алкоголь (N=7 человек), шестеро отказались от его употребления.
- Регулярный контроль артериального давления и уровня глюкозы в крови осуществлялся всеми пациентами (N=14).
- Соблюдали правила ухода за ногами 12 пациентов (85,7%) из исследуемых групп.
- Регулярно выполняли физические упражнения 8 человек из 14 (57,1%), двое стали посещать бассейн (14,3%).
- Научились высчитывать ХЕ (хлебные единицы) 14 пациентов (100%).
- В конце исследования 9 человек (64,3%) из 14 заявили, что в ходе занятий получили адекватную психологическую поддержку, у них повысилось настроение и считают свою жизнь абсолютно полноценной.

Следовательно, значительно изменилось в лучшую сторону отношение пациентов к своему здоровью.

Настоящее исследование было направлено на изучение влияния молочного шоколада Alpen Gold и французского горького шоколада на организм пациентов СД2 типа.

Исследование показало, что горький шоколад благотворно влияет на организм. У пациентов СД 2 типа второй группы снизилось содержания уровня глюкозы на $\pm 1,5$ моль/л, по сравнению с 1 группой (повышение на $\pm 2,0$ моль/л) (см диаграмму 1).

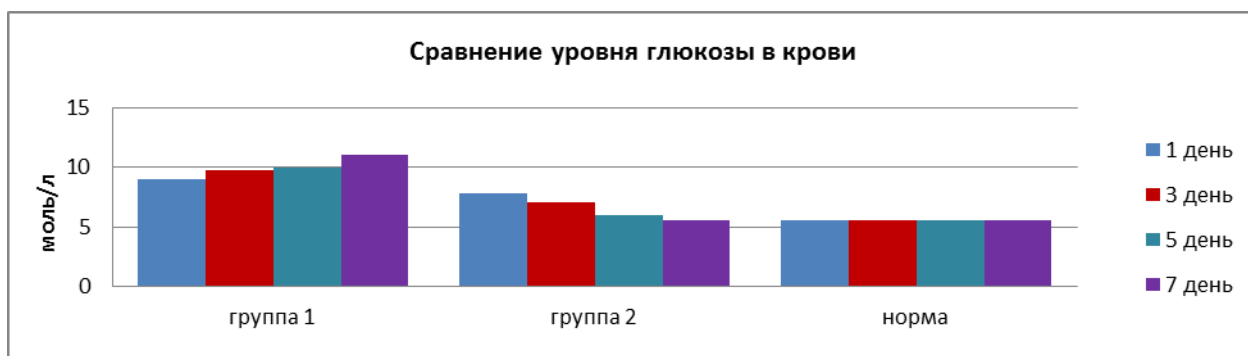


Рис. 1. Сравнение уровня глюкозы в крови у пациентов 1 и 2 групп за 7 дней.

Выявлено понижение уровня общего холестерина у пациентов 2 группы на $\pm 0,8$ моль/л, а у пациентов 1 группы наоборот холестерин повысился на $\pm 0,3$ моль/л (см. диаграмму 2).



Рис. 2. Сравнение уровня общего холестерина в крови у пациентов 1 и 2 группы за 7 дней.

Показано понижение систолического давления на ± 8 мм.рт.ст. во второй группе, в то время как в первой группе этот показатель повысился на ± 6 мм.рт.ст (см диаграмму 3).



Диаграмма 3. Сравнение уровня систолического давления у пациентов 1 и 2 группы за 7 дней.

Вес каждого пациента 1 группы увеличился на 400-600 гр., а пациентов 2 группы снизился на ± 1200 гр. Также понизилась ЧСС у пациентов 2 группы на 7 уд/мин, у пациентов 2 группы – участилось на 14 уд/мин.

Вывод: Горький шоколад благотворно влияет на организм пациентов СД 2 типа и снижает риск возникновения осложнений, повышают качество жизни, продлевает жизнь.

Литература

1. Аметов, А. С., Доскина Е. В. Современные подходы к лечению сахарного диабета 2-го типа и его осложнений // Проблемы эндокринологии. - 2012. - № 3. - С. 61-64.
2. Аметов, А. С., Кондратьева Л. В., Лысенко М. А.. Современные подходы к лечению диабетической полинейропатии// Клиническая фармакология и терапия. - 2012. - № 4. - С. 69-72.
3. Апухин, А. Ф., Стаценко М. Е., Инина Л. И. Сердечно-сосудистый риск и дополнительный сахароснижающий эффект $\omega 3$ -полиненасыщенных жирных кислот у больных сахарным диабетом// Профилактическая медицина. - 2012. - № 6. - С. 50-56.
4. Горшков И. П., Волынкина А. П., Золоедов В. И. Сравнение режимов применения инсулина ХумалогМикс 25 в лечении больных сахарным диабетом 2 типа// Сахарный диабет. - 2012. - № 2. - С. 60-63.
5. Костюченко Г. Шоколад - полезные свойства. //Продовольственный торгово-промышленный журнал. – 2010, № 6. - С. 26-28.
6. Малышева В. Дрогунова Т. Эндокринологи обсудили комплексные инновационные решения в лечении сахарного диабета// Медсестра. - 2012. - № 9. - С. 17-18.
7. <https://ru.wikipedia.org/wiki>.
8. <http://www.medkarta.com>.

УДК 613.21:613.71:613.79

Т.И. Мальцева, А.А. Романова, О.С. Целоусова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ БГМУ

**Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет,
г.Уфа,**

Резюме: проведено исследование образа жизни студентов 1-2 курсов БГМУ. Выявлено, что более половины студентов подвержены вредным привычкам и плохо заботятся о своем здоровье, а именно не соблюдают режим дня, спят малое количество часов в сутки.

Ключевые слова: студенты, образ жизни, питание.

T.I. Maltseva, O.S. Tselousova

SOME ASPECTS OF THE lifestyle STUDENTS BSMU

Department of Biology, Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: was studied of lifestyle students BSMU of 1-2 courses. It was revealed that more than half of the students exposed to bad habits and bad care about their health, and it does not comply with the regime of the day, a small amount of sleeping hours a day.

Keywords: students, lifestyle, food.

Актуальность. В настоящее время всё большее внимание уделяется проблеме здоровья молодежи и студентов в частности. Данный факт вполне объясним, так как здоровье молодого поколения, это есть здоровье общества через 10-30 лет. Проблема здоровья молодежи становится наиболее актуальной, если речь идет о будущих врачах, от которых будет зависеть здоровье, как настоящего, так и будущих поколений. Кроме того, студенты медицинского вуза составляют многочисленную группу лиц умственного труда, деятельность которой сопряжена с рядом особенностей, такими как интенсивность учебной нагрузки, значительный объём подлежащего усвоению учебного материала, значительные временные затраты на учебный процесс. При этом с первых курсов студенты начинают проходить практику в учреждениях здравоохранения. Все это определяет особый режим дня, невозможность выработки динамического стереотипа, отсутствию своевременного питания, значительную умственную нагрузку при определенном снижении уровня повседневной двигательной активности [1]. В связи с этим, у студентов первых-вторых курсов вследствие адаптации может возникать нервно-эмоциональное напряжение и снижение резервов здоровья. Цель настоящего исследования заключалась в изучении образа жизни студентов 1 и 2 курсов БГМУ.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 59 студентов 1 и 2 курса Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ), обучающиеся на лечебном и педиатрическом факультетах. Средний возраст анкетированных составляет $18,63 \pm 0,91$ лет. Среди респондентов девушки составили 71,19% (n =42) опрошенных, юноши - 28,81% (n =17). Основным методом оценки образа жизни и характеристики питания являлось анкетирование. При проведении анкетированной самооценки, студенты заполняли опросники, после чего проводился анализ его отдельных частей по специальным шкалам, либо по обобщающему индексу с помощью программ Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Известно, что основными критериями здорового образа жизни являются рациональный режим труда и отдыха, сон, сбалансированное питание, закаливание, соблюдение личной гигиены, положительные эмоции, двигательный режим, отсутствие вредных привычек. По результатам анкетирования среди всех опрошенных студентов работающими оказались 6,8%, остальные 93,2% не занимаются трудовой деятельностью. По затратам времени на выполнение домашнего задания большинство респондентов указали 4 часа (42,4%), 4 часа и более - 28,8%, за 2 часа - 28,8%. За 1 час никто из ребят не успевает выполнить домашнее задание. По данным литературы суммарная продолжительность рабочего времени студентов в вузе и дома составляет 9-11 часов [3]. Продолжительность сна у большинства студентов составляет 6 часов и менее (45,8%), у 42,4% обучающихся ночной сон достигает 7 часов, только 11,8% студентов спят в сутки 8 часов. Среди опрошенных не нашлось ни одного человека, продолжительность сна которого была 9 и более часов. Свободное время и отдых большинство студентов проводят у телевизора или за компьютером. У 25,5% опрошенных просмотр телевизора занимает до 1 часа, до 2 часов – у 15,2%, 3 часа и более проводят у телевизора 1,7% студентов. Не смотрят телевизор совсем 55,9% анкетированных. Проводят время за компьютером 95% респондентов. Большая часть студентов занимается за компьютером до 3 часов (49,1%). Лишь 8,5% обучающихся проводят за компьютером 4 часа и более. До 1 часа работа за компьютером занимает у 12% студентов, 25,4% - до 2 часов. Стоит отметить, что 96,7% студентов находят время для прогулок на свежем воздухе. Нерегулярно гуляют 33,9%, а 3,3% анкетированных указали, что не гуляют вовсе. Прогулка в свободное время составляет 1 час у 12% исследуемых, 2 часа гуляют 27,1%, 3 часа и более- 23,7%. В свободное время посещают кино или театр только 3,4% анкетированных, 11,9% предпочитают спать в свободное время, а 64,4% студентов сочетают различные виды досуга. Таким образом, выбор варианта проведения свободного времени связан с интересами, потребностями, ценностными ориентациями, доходами и количеством времени, не занятого учёбой и работой.

Анализ двигательного режима студентов показал, что посещают секции 10% анкетированных, 8,5% студентов ходят в бассейн, утренней гимнастике уделяют время 3,4% респондентов. Самостоятельно физической культурой практикуются 39% студентов. Огорчает то факт, что более четверти обучающихся физическими упражнениями не занимаются совсем (27,1%).

При проведении анкетирования несколько вопросов было уделено вредным привычкам – табакокурению и алкоголю. Радует то, что среди опрошенных студентов БГМУ подавляющее большинство (95%) не курят. Остальные 5% респондентов дали положительный ответ на вопрос о табакокурении, из них 1,7% курят с 15 лет, а 3,3% с 16, данный возраст начала курения, свидетельствует о том, что пристрастие к этой вредной привычке возникло в старших классах школы. Большинство курильщиков имеют более чем двухлетний стаж, при этом одну сигарету в день выкуривает 3,3% респондентов, две-1,7%, это свидетельствует о том что среди опрошенных студентов нет заядлых курильщиков. Употребляют спиртные напитки 57,6% опрошенных, не употребляют - 42,4%. Оказалось, что с 12 лет принимают алкоголь 1,7% употребляющих, с 14 - 13,5%, с 15-1,7%. 8,5% анкетированных употребляют алкоголь с 16 лет, 6,8% с 17, а 17% с 18 лет. 3,4% студентов ответа не дали. Частота употребления по праздникам составляет 35,5%, 5% принимают алкоголь 1-2 раза в месяц, 1,7% отметили «другое». На вопрос о приеме психоактивных веществ 90% опрашиваемых указали, что психоактивные вещества не принимают, а 10% ответа не дали. Ряд вопросов при анкетировании был посвящен теме здорового питания. Было выявлено, что лишь 20,3% анкетированных соблюдают режим питания, 56% часто его нарушают, а 23,7% не соблюдают вовсе. При этом частота приема пищи только у 10% студентов составляет 5 и более раз в день, у 30,5%- 4 раза в день, 39% респондентов ответили, что питаются 3 раза в день, 15,5%-2 раза в день, а 1,7% студентов принимают пищу менее двух раз в день. Перерывы между приемами пищи у большинства опрошенных составляют 3-4 часа (42,4%), 5 часов – у 20,3%, 6 часов и более – у 8,5%. При этом, 27,1% студентов не придерживается никакого режима питания. Ограничивают себя в питании 23,7% анкетированных. Из них 3,4% обосновывают это как «вредная пища», 3,4%-«диета», 3,4%-«по состоянию здоровья», 3,4%-«правильное питание», 1,7%- «гастрит», 1,7%- «нехватка времени», 1,7%-«нужно держать себя в форме», 5% опрошенных ответа не дали. Только 10% опрошенных не питаются всухомятку. Среди них никогда не питаются всухомятку 6,7%, а 3,3% ответа не дали, остальные 90% дали положительный ответ. Из них 50,8% делают это редко, а 39,2%-часто. Среди самых распространенных способов перекуса 17% студентов выбирают мучные изделия, 10% перекусывают фруктами, 5%- молочными продуктами, 3,3% - шоколадом, 1,7% - чипсами и сухариками. Совмещают все

вышеперечисленные виды перекусов 63% опрошенных. Большинство студентов употребляет белковую пищу животного происхождения. Так мясные блюда регулярно составляют рацион 17% студентов, 45,7% достаточно часто их употребляют, 34% респондентов иногда едят мясо, а 3,3% обучающихся не употребляют мясные продукты совсем не являясь вегетарианцами. Частота употребления рыбных блюд и морепродуктов среди студентов значительно ниже. Рыбу и морепродукты иногда употребляют 83,1%, опрошенных, 10,1% - не употребляют совсем. Молочные продукты присутствуют в рационе 95% студентов. Из них молоко и молочные продукты регулярно принимают в пищу 34% респондентов, часто-35,6%,иногда-25,4%. Овощи и фрукты регулярно употребляют около 20% обучающихся (фрукты и ягоды - 20,3%, овощи - 22%). Среди предпочитаемых блюд только мясные выбрали 8,5% опрошенных, только фрукты-1,7%, сладости-1,7%, а 81,1% анкетированных отметили сразу несколько блюд (мясные, рыбные и т.д.). Крупяные, макаронные блюда регулярно употребляют 5% студентов, часто-37,4%,иногда-54,2%, 3,4% не употребляют совсем. Продукты быстрого приготовления («Доширак») не употребляют 70% исследуемых, 30% дали положительный ответ. Из них 1 раз в месяц подобные продукты потребляют 20% студентов, 2-3 раза в месяц- 10% обучающихся.

Подводя итог проведенному анкетированию можно отметить, что более половины студентов подвержены вредным привычкам и плохо заботятся о своем здоровье. В литературе имеются сведения об особом отношении студентов медицинских Вузов к собственному здоровью. Кожевникова Н.Г. (2011) отмечает: «Студенты-медики реже обращаются за медицинской помощью, у них отсутствует внимание к рекомендациям врача, к диспансерным мероприятиям, а здоровье занимает не самое высокое место в шкале жизненных ценностей» [2]. В связи с этим, главной задачей различных подразделений университета является укрепление интереса к здоровому образу жизни в студенческой среде, формирование негативного отношения к вредным привычкам. Серьезные шаги в этом направлении в университете уже предприняты. Проводятся различные мероприятия, направленные на то чтобы студенты уделяли внимание не только учебе, но и физическим нагрузкам, а также здоровому питанию. Это различные культурно-массовые мероприятия, посещение бассейна, организация буфетов в корпусах БГМУ, воспитательная работа кураторов. Надеемся, все эти меры будут способствовать тому, что студенты университета смогут больше заботиться о своем здоровье, чаще заниматься спортом и оздоровлением.

Литература

1. Кожевникова Н.Г. Особенности заболеваемости студентов вуза // Гигиена и санитария. – 2011. – № 4. – С. 59-62.

2. Шаламова Е.Ю., Сафонова В.Р., Казанцева О.В. Физическое здоровье и показатели качества жизни студенток младших курсов лечебного факультета ХМГМА // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.

3. Югова Е.А. Рациональная организация учебного процесса как условие формирования здорового образа жизни студентов // Вестник ЧГПУ. - 2011. - №6. - С.168-175.

УДК 61.577.1

А.М. Мавлеткулов, Э.С. Газизова, С. М. Измайлова

**ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ И СИГАРЕТНОГО ДЫМА НА ОРГАНИЗМ
ПОДРОСТКА**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В целях изучения влияния алкоголя и табачного дыма на организм подростка был проведен литературный обзор по теме. В ходе исследования применялись следующие методы: социологический опрос, опыты: растворимость спирта в воде и в жирах, реакция белка на спирт (осаждение белка), воздействие этилового спирта на печень (реакции окисления под действием ферментов), определение наличия углекислого газа в сигаретном дыме, определение наличия кислоты в сигаретном дыме. Результаты исследования показали хорошую растворимость этанола в воде и растворение жира в спирте, под действием спирта происходит денатурация белка и разрушение печени, наличие углекислого газа и кислот в табачном дыме. Курение и алкоголь губительно влияют на здоровье подростков.

Ключевые слова. Алкоголь, курение, подросток.

A.M. Mavletkulov, E.S. Gazizova, S. M. Izmailova

**INFLUENCE OF ALCOHOL AND CIGARETTE SMOKE
ON THE TEENAGER'S ORGANISM**

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. In order to study the influence of alcohol and tobacco smoke on the body of a teenager was conducted a literature review on the topic. During research the following methods were applied: sociological poll, experiences: solubility of alcohol in water and in fats, reaction of protein to alcohol (protein precipitation), impact of ethyl alcohol on a liver (reactions of oxidation under the influence of enzymes), definition of availability of carbon dioxide and acid in a cigarette smoke. Results of research have shown good solubility of ethanol in water and dissolution of fat in alcohol, under the influence of alcohol happens a denaturation of protein and destruction of a liver, availability of carbon dioxide and acids in a tobacco smoke. Smoking and alcohol perniciously influence health of teenagers.

Keywords. Alcohol, smoking, teenager.

Актуальность: Все мы часто слышим от преподавателей и родителей, что пить и курить вредно. Если же кого-нибудь из них спросить: «А в чём же состоит вред?» Далеко не все ответят на этот вопрос. А раз так, то и доверия к взрослому поколению, каким бы

авторитетным оно не было - мало. Мало ли чего говорят... Сами зачастую и пьют, и курят, а своим детям говорят, что вредно, не зная как это объяснить. Тем более что при первых выпивках, первых затяжках сигаретой появляются новые неизвестные ощущения... и молодой организм вреда от этого как бы и не ощущает.

Но проходят годы, как правило, несколько лет с момента первого стакана, первой затяжки и окружающие (кто ведёт здоровый образ жизни) начинают замечать у своих знакомых и родственников, кто несколько лет назад начал выпивать и курить - стандартный набор отклонений в психике и поведении. В первую очередь это касается оглупления (то есть потери части интеллектуальных возможностей, которые ещё несколько лет назад могли бы развиваться), потери памяти, рассеянности, нервозности, хмурости, возникновения, ранее никогда не проявлявших у себя болезней, вплоть до желания скорее покончить жизнь.

Изучив различные источники, мы пришли к выводу, о том что несмотря на столь огромную информацию о пагубном влиянии алкоголя и сигарет на организм человека, эта проблема была и остается актуальной.

Цель исследования: изучить влияния алкоголя и сигаретного дыма на организм подростка.

Материалы и методы: С этой целью нами был проведен социологический опрос студентов педиатрического факультета.

Для исследования влияния алкоголя на организм человека проведены следующие опыты:

- 1) Растворимость спирта в воде и в жирах.

В пробирку прилили 1 мл воды, подкрасили ее метиловым оранжевым и добавили столько же спирта. В другую пробирку прилили 1 мл растительное масло и столько же спирта.

- 2) Реакция белка на спирт (осаждение белка).

В пробирку с 2 мл. раствора белка куриного яйца добавили 2 мл. этанола.

- 3) Воздействие этилового спирта на печень (реакции окисления под действием ферментов).

Опустили кусочек печени кролика в стакан со спиртом, другой такой же кусок в стакан с водой.

Для определения состава табачного дыма проделаны опыты:

- 4) Определение наличия углекислого газа в сигаретном дыме.

В колбу налили 50 мл раствора Ca(OH)_2 , одноразовый шприц заполнили сигаретным дымом и пропустить его через раствор в колбе.

- 5) Определение наличия кислот в сигаретном дыме.

В пробирку налили 3 мл дистиллированной воды, к ней добавили 2 капли фенолфталеина и NaOH до появления малиновой окраски. Это свидетельствует о щелочной среде, затем добавили 2 мл экстракта сигаретного дыма, происходит обесцвечивание раствора, что свидетельствует о том, что щелочь нейтрализовалась кислотой, находящейся в дыме.

Результаты и обсуждение: Сравнивая результаты, девушек и юношей нами установлено, что:

1. И девушки, и юноши употребляют пиво и слабоалкогольные напитки.
2. Отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам.
3. И девушки, и юноши попробовали пиво в школьном возрасте.
4. В основном впервые пиво попробовали с друзьями, некоторые с родителями.
5. Основные причины употребления пива – за компанию, некоторым нравится вкус пива, и то, что оно снимает стресс.
6. Употреблению этих напитков способствует реклама, мода, компания.
7. В основном ребята осознают вредное влияние пива на организм, но некоторые считают его полезным.

Выделены следующие причины, способствующие употреблению слабоалкогольных напитков:

1. Мода, стремление вписаться в компанию;
2. Мысль, что употребление пива – это признак модной жизни;
3. Чувство эйфории, поднятия настроения;
4. Реклама пива;
5. Употребление пива родителями.

Следовательно, большая часть опрошенных, знают о вреде алкоголя на организм, а остальные придерживаются другого мнения.

В результате проведенных опытов:

- Выявлена хорошая растворимость этанола в воде и растворение жира в спирте, следовательно, скорость прохождения молекул спирта больше скорости прохождения воды, и всасывается этиловый спирт в кровь достаточно быстро.

- Наблюдали помутнее раствора куриного белка при добавлении этанола. Под действием спирта происходит денатурация белка.

Человеческий организм - это белковая форма жизни. Ткани, кровь, кости, головной мозг - это все белок. Белок яйца идентичен человеческому белку.

Этиловый спирт входит в состав всех алкогольных изделий. Пиво, вино, водка - не имеет значения. Только там он находится в разбавленном виде, ароматизированном,

закрашенном, подслащенном, газированном. Здесь это в чистом виде. Не важно, сколько выпито алкоголя, и в каком виде, реакция в головном мозге будет аналогичная. Много выпили алкоголя - много клеток головного мозга погибнет, мало выпили - мало погибнет. Но погибнут в любом случае.

- Наблюдали разложение кусочка печени кролика при воздействии на нее этилового спирта. Процесс в печени кролика идентичен процессам в печени человека. В организме не просто происходит окисление этанола в уксусный альдегид, а затем в уксусную кислоту и конечное образование CO_2 и H_2O с выделением энергии. В результате образуется вещество (альдегид), которое в несколько раз более ядовито, чем сам спирт! Альдегид (метаболит спирта) – вызывает повреждение печени, цирроз. Ученые доказали, что возникновение мутаций и уродств у эмбрионов вызывает уксусный альдегид.

- Выявили наличие углекислого газа и кислот в сигаретном дыме.

Выводы: Курение и употребление алкогольных напитков губительно влияет на здоровье подростка. Каждому необходимо это как можно глубже понять и осознать. Никто не должен добровольно разрушать свой организм. Отжило свой век мнение о том, что "выпить можно – напиваться нельзя". Трезвость - норма жизни. Ее достижение связано с осуществлением комплекса крупных социально-политических, административных, медицинских и других мер, широким развертыванием антиалкогольной пропаганды.

Нужно запретить рекламу этих товаров, и продажу их детям и подросткам. Физическая культура, спорт, занятия в кружках, библиотеках, правильная организация свободного времени, интересного и содержательного отдыха - все это, разумеется, противостоит развитию вредных привычек, и, прежде всего привычек к употреблению алкоголя и табачных изделий. Праздность, безделье, наоборот наиболее плодородная почва для ее формирования. Утверждение здорового образа жизни - важная общегосударственная задача. Всеми силами способствовать ее решению - долг всех людей, каждого жителя нашей страны.

Литература

1. Большая школьная энциклопедия, Естественные науки (автор составитель С.Исмаилова), Москва: «Русское энциклопедическое товарищество» - 2003 г. - 502-504.
2. Габриелян О.С., Остроумов И.Г., «Настольная книга учителя химии» 10 класс, Москва. «Блик и К» - 2001. – 204-218.
3. Неведомская Е. «Ваша красота и здоровье в ваших руках! Биология и химия в школе». – 2009, №2. - 21 – 22.
4. Левина Л.С. Научно-методический журнал «Химия в школе». – 2011, № 1,2.

5. Н.Л. Глинка. Общая химия: Учебное пособие для вузов/ Под редакцией А.И. Ермакова. – Москва: Интеграл-Пресс, 2007. – 728с.

УДК 615.015.13

Э.Р. Кудояров, Д.Д. Каримов, Д.О. Каримов, Д.А. Смолянкин, Э.Ф. Репина

**ОЦЕНКА ГЕНОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АКРИЛАМИДА НА
ЛИМФОЦИТЫ МЫШЕЙ**

Федеральное бюджетное учреждение науки Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Резюме: Механизм генотоксического действия акриламида обусловлен его окислением цитохромом P450 (CYP) 2E1 до эпоксида глицидамида (ГА), который в свою очередь гидролизуется ферментом эпоксидгидролазой. ГА является более токсичным соединением, по сравнению с акриламидом и способен ковалентно связываться с ДНК. В публикации описывается результат оценки генотоксического действия акриламида на ДНК лимфоцитов аутбредных белых мышей, с помощью метода ДНК-комет.

Ключевые слова: акриламид, ДНК-кометы, генотоксичность, лимфоциты мыши.

E.R. Kudoyarov, D.D. Karimov, D.O. Karimov, , D.A. Smolyankin, E.F. Repina

**EVALUATION OF THE GENOTOXIC ACTION OF ACRYLAMIDE ON
LYMPHOCYTES OF MICE**

Ufa Research Institute of Occupational Health and Human Ecology.

Summary: Genotoxic effects of acrylamide is due to its mechanism of oxidation by the cytochrome P450 (CYP) 2E1 to glycidamid epoxide (GE), which is hydrolyzed by the enzyme epoxidehydrolase. GE is a toxic compound , as compared to acrylamide and is capable of covalently binding to DNA. The result of evaluation of genotoxic effects of acrylamide on mice lymphocytic DNA by using DNA-comet assay is described in the publication.

Key words: acrylamide, DNA-comet, genotoxicity, mice lymphocytes.

Актуальность. Акриламид (2-пропенамид, АА) – амид акриловой кислоты, относится к группе токсикантов класса А2, поражает нервную систему, почки, печень, известно, что важную роль в патогенезе АА играет его способность связываться с белками, индукция окислительного стресса. Предполагается, что АА ингибирует активность антиоксидантных ферментов путём связывания с ними. Также образует аддукты с гемоглобином [5].

Наиболее важным токсическим действием АА является канцерогенное. Установлена низкая вероятность неблагоприятных последствий воздействия на организм АА, за исключением рака [5].

Ещё одним эффектом воздействия АА является снижение в мозгу содержания тормозного нейромедиатора ГАМК, что способно вызвать эксайтотоксическую гибель нейронов [5].

В печени АА может окислиться цитохромом P450 (CYP) 2E1 до эпоксида глицидамида (ГА), который в свою очередь гидролизует фермент эпоксидгидролаза. ГА является более токсичным соединением, по сравнению с АА и способен ковалентно связываться с ДНК [4].

По некоторым данным именно ГА опосредует токсичность АА. Например, было показано, что CYP2E1-дефицитные мыши значительно меньше страдают от отравления АА [3]. В природе АА является продуктом деятельности человека, основным источником служат отходы промышленности и водоочистки. Также АА широко используется в лабораторной практике [6]. АА образуется при термической обработке пищи, как побочный продукт реакции Майра между аспарагином и углеводами, при температуре выше 180 градусов [7]. Реакция Майра является второй по интенсивности реакцией разложения сахаров при разваривании. Реакция происходит между аминогруппой аминокислоты и гидроксильной группой сахаров, механизм реакции до конца не выяснен. Основным продуктом реакции являются меланоидины, придающие характерный вкус и цвет жареным продуктам (мясо, рыба, хлеб) [2]. Ещё одним источником поступления АА в организм является сигаретный дым [1].

Исходя из актуальности, представляется целесообразной оценка подострого генотоксического действия акриламида на ДНК лимфоцитов периферической крови мышей.

Материалы и методы. В эксперименте использовались белые аутбредные (беспородные) мыши массой 18-22 г. Затравка мышей производилась в утреннее время натощак. Введение раствора акриламида – внутривентрикулярно, доза – 15 мг/кг, 14 дней. Забор крови осуществлялся путём терминальной декапитации.

Клетки мононуклеарной фракции лимфоцитов периферической крови мышей выделили в градиенте фиколл-урографина (ПанЭко) (1,077 г/л). Отмывку клеток от сыворотки производили в физиологическом растворе. Для визуализации целостности ДНК использовали метод ДНК-комет. Микропрепараты исследовали под 100-кратным увеличением на флуоресцентном микроскопе Zeiss Axio Imager.D2 с камерой Axio Cam MRc5, подключенной к компьютеру для сохранения изображений. У каждой особи мыши было проанализировано не менее 150 ДНК-комет. Оценку процентной доли (среднего содержания) ДНК в хвосте кометы проводили с использованием программы ImageJ 1.48 (Wayne Rasband). Статистическая обработка результатов проводилась в программе Statistica 6.0.

Результаты. Среднее содержание ДНК в хвосте кометы у группы интактных мышей (n=5) составило $4,68 \pm 0,13\%$, что является ниже пороговой величины целостности ДНК (5%). Среднее содержание ДНК в хвосте кометы у группы мышей, получавших акриламид, составило $9,8 \pm 0,42\%$ (n=5). Различия между двумя группами статистически достоверны ($p < 0,05$). Таким образом, получены экспериментальные данные о генотоксичности акриламида для аутбредных мышей. Генотоксическое действие акриламида на клетки организма может обуславливать его канцерогенное действие.

Литература

1. Тарских М. М. Исследование нейротоксичности акрилатов, акрилонитрила и акриламида. //Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – №. 7-5 (14).
2. Bandarra S. et al. Mechanistic insights into the cytotoxicity and genotoxicity induced by glycidamide in human mammary cells //Mutagenesis. – 2013. – Т. 28. – №. 6. – С. 721-729.
3. Bergmark E. Hemoglobin adducts of acrylamide and acrylonitrile in laboratory workers, smokers and nonsmokers //Chemical research in toxicology. – 1997. – Т. 10. – №. 1. – С. 78-84.
4. Ghanayem B. I. et al. Comparison of germ cell mutagenicity in male CYP2E1-null and wild-type mice treated with acrylamide: evidence supporting a glycidamide-mediated effect //Biology of reproduction. – 2005. – Т. 72. – №. 1. – С. 157-163.
5. Информационная записка ИНФОСАН №. 2/2005 от 1 марта 2005 г. – Акриламид.– 6 с.
6. <http://toxi.dyndns.org/base/Amid/Amid2/Akrilamid.htm>
7. <http://www.xumuk.ru/encyklopedia/90.html>

УДК 57.021

В.А. Копылов, Ю.П. Устюжанина, А.Т. Волкова

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ**

**Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет
(Уфа, Россия)**

Резюме: Успех здоровья нации - зависит от понимания молодежи правильного употребления энергетических напитков. В данной статье рассмотрено негативное влияние на организм животных употребление энерготоников с целью повышения общего тонуса. Изучена социальная картина употребления среди студентов и подростков. Разъясняются медицинские и социальные аспекты употребления и привыкания, проблемы формирования грамотного отношения к здоровью с раннего возраста; предупреждение раннего привыкания к энергетикам, что впоследствии может привести к наркозависимости.

Ключевые слова: энергетические напитки, кофеин

V. A. Kopylov, Y. P. Ustyuzhanina, A. T. Volkova

STUDY OF ENERGY DRINKS FOR EXPERIMENTAL ANIMALS

Department of Biology, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary: The success of the health of the nation - depends on understanding young people the proper use of energy drinks. This article discusses the negative impact on the animal organism of using energotonik in order to improve the overall tone. A social picture of using energotonik among students and teenagers was studied. The medical and social aspects of use and addiction, problems of creation a literate attitude to health from an early age; early warning of addiction to the energy drinks, which could then lead to addiction are being explained.

Keywords: Energy drinks, caffeine

Актуальность. Только двадцать лет назад в России начал стремительно развиваться рынок энергетических напитков. Основной целевой аудиторией энерготоника является молодежь. Проанализировав путь первопроходца, компании производителей выработали новую стратегию - реклама функциональной составляющей, необходимый помощник выхода из ситуаций, связанных с перенапряжением. Круг употребляющих энергетические напитки увеличился: студенты, школьники в период ЕГЭ, водители, спортсмены, менеджеры торговых компаний. В последние годы наметилась тенденция, что энергетические напитки начинают употреблять школьники, то есть рынок энергетических

напитков в России значительно расширился благодаря подрастающему поколению. Бесконтрольное употребление тоников ведет к гипертонии и сахарному диабету. Энергетические напитки стали атрибутикой современного общества. В практической медицине известно немало случаев заболеваний внутренних органов тех людей, которые употребляли эти напитки. [1]

Цель работы: социологическое изучение частоты потребления энергетических напитков школьниками и студентами, и оценка их влияния на живые организмы.

Материал и методы исследования. Проведено групповое анкетирование, объектом которого стали учащиеся 7-9 классов (82 человека) и студенты медицинского и авиационного университетов (40 человек). Также проводился анализ состава энергетических напитков на основе этикеток (табл.1).

Объектом практического эксперимента стали ангорские хомяки, так как они очень чувствительны к качеству корма. Перед экспериментом мы взвесили участников эксперимента: Рыжик - 145 г., Пух - 123 г. Пух был менее активен и агрессивен, поэтому подвергся эксперименту. В результате наблюдений установили, что в течение суток у хомячков в 13.30 (ч) время наименьшей активности. Эксперимент предполагал проследить изменение поведения и массы тела. Расчет производился из нормы кофеина на живой вес. Норма кофеина составляет 3-5 мг на 1 кг массы тела человека. Среднее значение кофеина соответствует 100 мл напитка: 35 мг норма кофеина должна быть равна - 0,369 г. В одной капле содержится примерно 0,06485 мл напитка. На основании этих данных производились расчеты. Было решено увеличивать дозу напитка на одну каплю ежедневно, в течение 7 дней.

Результаты и их обсуждение. В анкетировании 71,4% опрошенных указали на бесконтрольное употребление энергетиков. Мониторинг возраста покупателей энергетиков в разных торговых точках Уфы выявил большой спрос среди старшеклассников и студентов.

По данным социологических исследований портрет потребителя энергетических напитков таков:

- средний возраст 16–35 лет, из них более 60% моложе 32 лет;
- две трети потребителей энергетических напитков — мужчины;
- большинство покупателей энергетиков социально активно, мобильно, всегда готово

пробовать что-то новое;

- не связаны единством интересов, образования, доходов;
- нет выраженного единства предпочтений вкусов напитка.

Основные потребительские ожидания от продукта:

- определенного состояния (возбуждения, эйфории, веселья);

- повышения работоспособности, прилива сил для выполнения конкретной задачи в данный временной период;

- расслабления, снятия стресса, даже некоторого «забвения»;
- качественного активного отдыха

По данным анкетирования ощущения после приёма энергетических напитков были таковы:

48.2 % - понравилось

16 %-не понравилось

30.3 %-появление усталости

Сравнительный анализ напитков на основе этикеток (табл. 1) позволяет сделать выводы: напитки содержат сходный набор компонентов, наибольшей калорийностью обладает напиток Burn, он же содержит наибольшее количество углеводов и, единственный из всех напитков белки. Все напитки содержат консерванты, способствующие сохранности продукта, красители и ароматизаторы, которые придают напиткам нужную окраску и аромат, но могут оказывать отрицательное влияние на организм человека. [2]

Кофеин – вещество, которое применяют для стимуляции психофизиологической деятельности, при утомлении, мигрени, гипотензии. Побочные эффекты проявляются в виде тошноты, рвоты, беспокойства, возбуждения, бессонницы, тахикардии, сердечных аритмий.

При длительном применении кофеина развивается маловыраженное привыкание. Возможно возникновение психической зависимости (теизм). [3]

Результаты исследования уровня кислотности напитков приведены в табл. 2. Полученные данные позволяют сделать вывод о достаточно высокой кислотности данных продуктов. Возможно, это связано с содержанием аминокислот, аскорбиновой кислоты, угольной кислоты. Энергетики — сильно-газированные напитки, вероятно, это способствует более быстрому усвоению компонентов напитков и быстрому наступлению рекламируемого эффекта. Однако, это также свидетельствует и о необходимости осторожного употребления данных продуктов людьми, имеющими заболевания желудочно-кишечного тракта.

Таблица 1

Сравнительный анализ энергетических напитков на основе этикеток

Энергетический напиток	Red Bull	Flash	Burn
Энергетическая ценность	45 ккал	46 ккал	61 ккал
Углеводы	11,3 г	11,8 г	14,3 г

Белки	-	-	0,4 г
Жиры	-	-	-
Таурин	400 мг	120 мг	+
Кофеин	32,0 мг	27,0 мг	не более 35 мг
Витамин С	-	25,0 мг	+
Витамин В ₂	-	0,5 мг	-
Витамин В ₃	8 мг	6,0 мг	5,8 мг
Витамин В ₅	2 мг	1,5 мг	1,1 мг
Витамин В ₆	2 мг	0,6 мг	0,6 мг
Витамин В ₉	-	53 мг	-
Витамин В ₁₂	0,002 мг	-	0,28 мг
Консерванты	глюкуронолактон, инозитол	бензоат натрия	сорбат натрия, инозитол
Красители	сахарный колер, рибофлавин	сахарный колер, желтый хинолиновый	красная карамель
Ароматизаторы	натуральные и искусственные	идентичный натуральному – «тутти-фрутти»	натуральные и идентичные натуральным
Экстракт гуараны	-	-	+

Таблица 2

Кислотность энергетических напитков

Энергетический напиток	Метилловый оранжевый	Универсальная индикаторная бумага
Red Bull	Красно – розовая	pH=4
Flash	Красно – розовая	pH=3
Burn	Красно – розовая	pH=2

Результаты хода исследования влияния энергетических напитков на животных приведены в табл. 3

Таблица 3

Влияние энергетических напитков на организм экспериментальных животных

№ день	Количество капель напитка и кофеина	Изменение содержания кофеина сравнительно с нормой, мг	Отношение в %	Изменение массы тела (г)	Изменение поведения

1	1 капля 0,227	-0.142	-39	123	Наблюдения показали малозначительные изменения, Пух чувствовал себя хорошо, может быть был немного более активен.
2	2 капли 0,454	+0,085	+23	123	Явная активность на стороне Пуха, прыжки и агрессия
3	3 капли 0,681	+0,312	+85	120	Проживание в одном пространстве становится опасным, начинаются хомяковые бои.
4	4 капли 0,908	+0,539	+146	120	Пух в драке повредил ухо, стал заметно медлительнее.
5	5 капель 1,135	+0,766	+207	119	Активность спала, Пух заметно выглядит больным.
6	6 капель 1,362	+0,993	+269	119	Пух отказывается от еды, с трудом передвигается, испуганно реагирует на окружение.
7				116	Эксперимент решено приостановить ввиду опасности

					смерти Пуха.
8				116	улучшение самочувствия
9				116	Пух уже заметнее активен и с удовольствием употребляет еду.

Заключение. Энергетические напитки очень востребованы в современном обществе. Ведь многие используют их для временного повышения работоспособности и не всегда контролируют количество выпитых банок. Однако мало кто знает об их негативном влиянии на живые организмы. Последствия такого употребления могут быть очень серьёзными, вплоть до летального исхода.

Выводы.

1. Социологическое исследование показало, что 71,4% опрошенных подростков употребили энергетические напитки, среди которых наиболее популярными энергетическими напитками являются: Flash, Burn, RedBull.
2. У трети подростков не зарегистрировано планируемого воздействия напитка на организм.
3. Эксперимент показал отрицательное влияние энергетических напитков на организм животных.

Литература

1. Ильин Е.П. Оптимальные состояния человека как психофизиологическая проблема. Психологический журнал 1981; 2(№5).
2. Стейтем Билл Чем нас травят? Изд-во “Прайм-Еврознак” 2009
3. Харкевич Д.А Фармакология - М.: Изд-во “ГЭОТАР – Медиа” 2005

УДК 6.616.022

Д.И. Хусаинова, А.Р. Насыров, Л.Н. Хусаинова
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЛАСТОЦИСТОЗА

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. Осуждена роль Blastocystis hominis в развитии патологических состояний человека. Blastocystis hominis у пациента с диспептическим синдромом. Клиническая история болезни.

Ключевые слова: Blastocystis hominis, бластоцистоз, диспептический синдром.

D.I. Chusainova, A.R. Nasirov, L.N. Chusainova

CLINICAL CASE BLASTOCYSTOSIS

Department of Biology

Baschkir State Medical University, Ufa

Resume. The role of Blastocystis hominis in the development of pathological state of human are discussed. Blastocystis hominis infection in patient with dyspeptic syndrome. Clinical case history.

Keywords: Blastocystis hominis, blastocystosis, dyspeptic syndrome.

Актуальность темы. Паразитарные заболевания у людей могут быть вызваны простейшими, гельминтами, грибами. Эти заболевания не имеют опорных клинических симптомов. Пациенты обращаются к врачам различных специальностей, в зависимости от клинических симптомов. Патофизиологическая особенность паразитарных заболеваний состоит в интоксикации организма продуктами жизнедеятельности паразитарных агентов, снижении клеточного иммунитета, аллергическим влиянием. Микрофлора желудочно-кишечного тракта является высокочувствительной индикаторной системой, реагирующей качественными и количественными сдвигами на изменения в состоянии различных органов и систем организма. Нарушение биологического равновесия между организмом и микроорганизмами нормальной микрофлоры может приводить к развитию патологических процессов [5]. До недавнего времени *Blastocystis hominis* считали непатогенным обитателем кишечника. В последние годы накопилось достаточное количество эпидемиологических и клинических материалов, а также лабораторных данных, подтверждающих как потенциальную, так и реальную этиологическую роль *B. hominis* в патологии человека, развивающейся на фоне снижения резистентности макроорганизма.

Blastocystis hominis широко распространен во всем мире, особенно в странах с жарким и влажным климатом, где наблюдается до 400% пораженности населения. Экспериментально было установлено, что заражение человека возможно от инвазированных бластоцистозом морских свинок и золотистых хомячков. Данные простейшие вызывают у них энтериты, а также нарушение функции печени с развитием холестаза. Основными факторами инвазии человека являются вода, продукты питания (овощи, фрукты, зелень и др), загрязненная бластоцистами. В литературе также указывается, что если произошло заражение одного члена семьи, то не исключено инвазирование остальных членов контактным путем через окружающие зараженного человека предметы [2].

Бластоцистис проникает в желудочно-кишечный тракт, достигает толстого кишечника и начинает активно размножаться. Чаще всего выраженные клинические проявления характерны для больных с иммунодефицитными состояниями. В других случаях симптомы выражены слабо и пациент может не обращать на них внимание.

По преобладанию клинических проявлений различают три формы бластоцистоза: кишечная, кожная и смешанная. При классическом течении данного заболевания характерны боли в области живота спастического характера, т.е. со спазмами, диарея), снижение веса пациента, снижение аппетита, рвота, повышение температуры тела, сыпь на коже в виде крупных пятен красного цвета, различного размера, способных сливаться из нескольких в одно, зуд на коже.

Для диагностики бластоцистоза применяются единственный метод, подтверждающий наличие паразита в теле человека– исследование кала на предмет наличия бластоцистисов [4].

Цель работы: анализ пораженности паразитарными заболеваниями пациентов терапевтического отделения Клиники БГМУ, получающих лечение с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Кал обогащали по методике формалин-эфирного осаждения [3]. Материал окрашивали раствором Люголя и просматривали под микроскопом при увеличении в 400 раз. Были обнаружены вакуолярные и гранулезные формы бластоцистисов. Обследовано 28 человек. У 10,7 % пациентов обнаружены *Blastocystis hominis*.

Под нашим наблюдением находилась женщина 63 лет. В клинику БГМУ обратилась с жалобами на жгучие боли в эпигастрии через 20 мин после еды, вздутие живота, отрыжку, слабость, похудание. Данные симптомы отмечает в течении года, постоянные боли различной интенсивности наблюдаются в течении 6 месяцев. Обследовалась и лечилась в ЦРБ, принимала ферменты, спазмолитики, было недлительное улучшение самочувствия. В

связи с повторным обострением (амбулаторное лечение без эффекта) госпитализирована на дообследование.

Из перенесенных заболеваний отмечает гипертоническую болезнь, постоянно принимает лизиноприл 5 мг. Профессиональную вредность и вредные привычки отрицает. В течение последнего года отмечает аллергическую реакцию на бытовую химию по типу крапивницы.

Общий осмотр. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Поведение активное. Видимые слизистые розовые, чистые, подкожная клетчатка выраженная, лимфатические узлы не увеличены, мышцы в тонусе, кости в норме, функции суставов сохранены. Зев чистый, обычной окраски. Кожные покровы физиологической окраски.

Органы дыхания. Грудная клетка правильной формы, безболезненна. Аускультативно: дыхание везикулярное, во всех отделах, с обеих сторон, хрипы не выслушиваются, во всех отделах, с обеих сторон, дыхательные движения ритмичные, тип дыхания грудной, частота дыхания: 16. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон. Бронхофония не изменена. Перкуторно: ясный легочный звук, во всех отделах, с обеих сторон. Пациент отмечает сухую кашель.

Сердечно-сосудистая система. Границы сердца не расширены, тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона над аортой. Пульс 75 уд/мин, ритмичный, артериальное давление 150/90 мм рт. ст. Патологические шумы не выслушиваются, магистральный кровоток: не нарушен.

Органы пищеварения. Язык обложен белым налетом. Живот симметричен, не увеличен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации болезненный, в мезогастрии. При перкуссии – тимпанит, печеночная тупость сохранена. Печень не увеличена, край закруглен, поверхность гладкая. Желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа не пальпируются. Перистальтика активная, симптомы раздражения брюшины отрицательные по всему животу. Симптомы поколачивания слева и справа отрицательны. Жалобы на частую диарею.

Диурез самостоятельный, безболезненный. Моча обычного цвета.

На основании анамнеза, жалоб, объективных данных и исследований выставлен диагноз: хронический панкреатит рецидивирующий, с внешнесекреторной недостаточностью, средней степени тяжести в стадии обострения. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, риск 3.

Проведено обследование: ОАК, ОАМ, диастаза мочи, б/х крови, копрограмма, УЗИ брюшной полости, ФГС, рентген ОГК, ЭКГ, обследование щитовидной железы. Выявлены следующие изменения: ускоренное СОЭ до 39 мм/ч. На УЗИ картина хронического панкреатита. Эндоскопически: катаральный эзофагит. Дилатация кардии. Эрозивный

антрум-гастрит. Поверхностный дуоденит. Остальные показатели находились в пределах нормы, анализ крови на токсокароз, лямблиоз, описторхоз был отрицательный. При микроскопическом исследовании кала яйца гельминтов не обнаружены. Обнаружены простейшие: *Blastocystis hominis*.

Проведено лечение: ингибиторы протонной помпы, эрадикационная терапия (амокксициллин + кларитромицин), ферменты, спазмолитики, гипотензивная терапия.

Отмечалось купирование болевого и диспепсического синдрома.

Учитывая отсутствие провоцирующих факторов панкреатита (строгая диета, исключение вредных привычек, приверженность к лечению) рецидивирующее длительное течение панкреатита с выраженным болевым синдромом, возможно, связано с выявленным бластоцистозом.

После проведенного противопаразитарного лечения был достигнут положительный клинический эффект и в течение последних шести месяцев у пациентки не наблюдалось обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта [1].

Вывод. Результаты нашей работы доказывают, что *Blastocystis hominis* играет существенную роль в развитии патологических состояний человека, таких как тяжелые кишечные расстройства, а также аллергические проявления различного характера. Высокая выявляемость *Blastocystis hominis* диктует необходимость широкого внедрения в практику лабораторий практического здравоохранения Республики Башкортостан исследований по выделению и идентификации данного простейшего, уделять внимание на квалификацию лаборанта при проведении копрологического анализа

Литература

1. Гумаюнова Н.Г., Нестеров А.С., Алимова Р.И., Данилюк О.В., Камалова А.Р. Терапия хронических дерматозов при бластоцистной инвазии. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5.
2. Квасова Н.А. Биологические свойства простейших *Blastocystis hominis* и их влияние на микроэкологию кишечника. автореф. дисс. на соискание уч. ст. канд. биол. наук. – Ульяновск, 2002. - [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.dissercat.com/content/biologicheskie-svoistva-prosteishikh-blastocystis-hominis-i-ikh-vliyanie-na-mikroekologiyu-k#ixzz3kIQaen7x> (дата обращения 30.08.2015).
3. Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтов и протозоозов: Методические указания. –М: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 1999. -72 с.

4. Пинель С, Режасс С., Пико С., Бренье-Пиншар М.П., Грийо Р., Амброуз-Тома П. *Blastocystis hominis*: анализ результатов более чем 3500 копрологических исследований с точки зрения эпидемиологии и клиники. Сибирский медицинский журнал. –Иркутск: 2001. Т.20. №S1. -С. 23 – 29.

5. Сафронова Н.А. Паразитофауна кишечника детей с аллергодерматозами (регион Среднего Урала): автореф. дисс. на соискание уч. ст. канд. биол. наук. -М.; 2000. -22 с.

УДК [59.009.084] [398.3]

Д.Н. Куватова, Г.Р. Касимова, Л.Ф. Хисамутдинова

ПОВЕДЕНИЯ ЖИВОТНЫХ ПЕРЕД ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В соответствии с предстоящей погодой люди строят свои личные планы, задумывают предстоящие мероприятия. Существует необходимость составления наиболее достоверного прогноза погоды. С развитием цивилизации зависимость человека от погоды не уменьшается, а наоборот увеличивается. В нашей работе освещены действия различных животных: насекомых, птиц, рыб и лягушек – при плохой и хорошей погоде. Например, насекомые чувствуют колебания давления, степень влажности воздуха и другие изменения погоды. Их органы чувств развиты сильнее, чем у людей, и поэтому насекомые реагируют на происходящие в атмосфере изменения раньше, чем человек. Эти приметы человек может использовать в своих целях.

Ключевые слова. Животные-синоптики, метеорология, народные приметы.

D.N. Kuvatova, G.R. Kasimova, L.F. Khisamutdinova

THE BEHAVIOR OF ANIMALS BEFORE WEATHER CHANGES

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. In accordance with the forthcoming weather, people build their personal plans, conceive upcoming events. There is a need of compiling the most accurate weather forecast. With the development of civilization man's dependence on weather is not decreasing but rather increasing. In our work illuminated the actions of various animals: insects, birds, fish and frogs – in bad and good weather. For example, insects feel the pressure fluctuations, the degree of humidity and other weather changes. Their senses are more developed than humans, and therefore insects react to what is happening in the atmosphere changes earlier than people. These signs a person can use for their own purposes.

Keywords. Animals-forecaster, meteorology, national signs.

Актуальность. Вопрос точного предсказания погоды всегда интересовал людей. В соответствии с предстоящей погодой люди строят свои личные планы, задумывают предстоящие мероприятия. Таким образом, существует необходимость составления наиболее достоверного прогноза погоды. С развитием цивилизации зависимость человека от погоды не уменьшается, а наоборот увеличивается. Человек, стал не только материально очень зависим от неё, но и более чувствителен физически к её изменениям. Естественно, что

современные способы прогнозирования погоды с помощью спутников, метеостанций дают возможность специалистам более точно строить долгосрочные прогнозы погоды. Но в жизни бывают такие моменты, когда интернет может быть недоступен. Погоду можно узнать, если присмотреться к поведению животных. Они важны в сельском хозяйстве для будущего урожая и для тех, кто работает под открытым небом и ощущает на себе перемены погоды, сказывающиеся на настроении, рабочий ритм.

Цель исследования: Проследить вероятность определения погоды по животным

Задачи: Познакомиться с историей метеорологии; проверить насколько достоверно определение прогноза погоды по животным; сделать общий вывод об истинности прогноза погоды, основанного на братьях наших меньших.

Методы исследования: анализ литературы по исследуемой теме; наблюдение; сопоставление.

Введение. В наши дни, да и много лет назад, у человека всегда есть интерес к погоде. Мы всегда с интересом слушаем передачи о погоде по радио и телевидению, обязательно заглянем в интернет. Откуда же такой неиссякаемый интерес к погоде? Он, конечно, не случаен. Ничто не влияет так заметно на жизнь каждого из нас, как погода. В повседневной жизни нам нужно знать теплее ли нам сегодня надеться, выходя из дома или отложить теплые свитера в шкаф, взять ли зонтик или надеть солнечные очки. Мы видим, что погода влияет на наше самочувствие, обостряет наши болезни, работу транспорта, определяет урожаи, нарушает ритм жизни целых государств, из-за засух, наводнений и смерчей. От капризов погоды не было защиты у наших предков, нет ее и у нас [5].

Существует множество способов определения погоды. Обычно ее прогноз составляют на основании данных, которые собираются метеорологическими станциями. Причем они располагаются не только в населенных пунктах, но и представляют собой плавучие объекты в морях и океанах. На основании этих данных составляют карты с различными закономерностями: уровнями осадков для одной местности, температурными максимумами и минимумами и другими показателями. Глядя на нее, специалисты анализируют полученную информацию, и на ее основании затем составляют прогноз погоды.

Довольно часто приходится слышать истории любителей животных, уверяющих, что их любимцы заранее почувствовали приближение какой-либо неожиданной катастрофы, сумели доступными им способами вовремя предупредить хозяев и спасли им жизнь. В любом фильме-катастрофе найдется эпизод. Когда пес чувствует наступающий природный катаклизм. Возможно экстрасенсорные способности животных преувеличены, но они действительно кое-что чувствуют. Согласно данным, связанным с мощным цунами в индийском океане 2004 года, местная фауна пострадала от стихии минимально. За несколько

часов до цунами животные старались найти самые высокие места, искали убежища, а домашние животные отказывались выходить на улицу. В результате жертв среди животных оказалось значительно меньше, чем среди людей [7,8]. Животные обладают более острыми чувствами, которые позволяют им, к примеру, слышать инфразвук, который возникает во время землетрясений. Некоторые животные обладают несколькими чувствами, которые позволяют им определять то, что нам не под силу: птицы чувствуют электромагнитные поля, змеи восприимчивы к вибрации [1].

Современные ученые официально подтверждают, что умением предвидеть погоду обладают почти 600 видов животных [3]. Зачастую такие прогнозы намного вернее, нежели современные. Это могут подтвердить жители приморских городов и селений, которые с тревогой смотрят на поведение чаек. Если эти птицы спокойно охотятся над морской гладью – то шторма в ближайшие дни не будет. Кстати, неминуемое появление шторма тонко предчувствуют медузы, уходя на глубину за несколько часов до появления ветра, дождя и огромных волн. Появление шторма можно определить и по поведению других ракообразных существ (крабов и прочих членистоногих), которые при приближении стихии выходят на берег. Такая же склонность (предугадывать появление дождя) характерна и ракам, живущим в пресной воде – перед дождем они выползают на берег. Тонко чувствуют приближение ненастья и различные насекомые. К примеру, бабочки прячутся в сухие укрытия, пчелы собираются в ульях, а муравьи в быстром темпе заделывают все ходы-выходы в муравейнике [6,9]. Слепни и оводы перед ненастьем и дождливыми днями становятся очень свирепыми, и без разбора кусают всех подряд. Точно так же ведут себя комары и другие мошки [2]. Стрекозы перед дождем начинают хаотично суетиться, а в ясную погоду величаво парят в воздушном пространстве, словно подчеркивая все свое благородство. Сверчок перед дождем, как правило, умолкает. Неплохими предсказателями погоды считаются и обычные аквариумные рыбки. К примеру, более всего чувствительна к перепадам атмосферного давления такая небольшая пресноводная рыбка, как голец. При сухой и устойчивой погоде она мирно лежит себе на дне аквариума, но за несколько часов до начала дождя начинает свои суетливые движения возле аквариумных стекол, а перед самым дождем и вовсе неутомно колыхается вверх-вниз. Даже начинающие рыбаки знают, что рыба яростно выпрыгивает из воды и не лакомится ни на одну из приманок именно перед дождем. Не имея под рукой барометра, стоит присмотреться к пиявкам. В ясную погоду они спокойно ползают по стеблям водных растений или по дну водоема, а при приближении дождя беспокойно двигаются к поверхности водоема, а в некоторых случаях и вовсе выползают на берег. Не менее замечательными живыми синоптиками являются лягушки. По тому, как они квакают, можно определить погоду на ближайшие дни – при заливином кваканье

ожидаются солнечные дни, а когда их песни звучат глухо – быть ненастью. А еще, в зависимости от ближайших погодных условий, лягушки меняют цвет кожи – перед ненастьем становятся серыми, а перед ясной солнечной погодой приобретают чуть желтоватый оттенок. Прекрасно угадывают ближайшие изменения в погоде и различные пернатые. Перед дождем воробьи начинают «пылевые купания» и распускают перья, а иволги и зяблики меняют тональность своих песен. Домашние куры перед ненастьем для насеста подыскивают места повыше. Перед хорошей погодой большинство птиц мелодично поет. Чтобы быть хорошим предсказателем погоды в животном мире вовсе не надо обладать такими мелкими размерами, как у насекомых, рыб и птиц, с этим заданием успешно справляются и более крупные животные. Так кошки и собаки, ставшие близкими друзьями человека, лучше всяких метеорологов подскажут своим поведением погоду на ближайшие дни. Когда кошка свернулась в клубочек и спрятала нос – то это к холодам, а если растянулась во весь рост – то это к погоде и теплу; когда же кошка прячет голову и лижет хвост – то это верный признак дождя в ближайшие дни [4]. Собака же перед дождем злобно роет землю.

Мы приведем несколько примет, связанных с кошками, по которым можно определить ухудшение погодных условий. Предки научились по поведению домашней кошки определять, какие же сюрпризы приготовила нам погода. На сегодняшний день учеными доказано, что мистики тут никакой нет, просто кошки очень чувствительные к перемене атмосферного давления. С изменением давления в атмосфере меняется и поведение кошек.

Кошка при скором изменении погоды: Все время спит; Долго моет свою шкурку; Шипит и показывает зубы; Точит когти о деревянную поверхность.

Кошка при наступающем похолодании: Скребет когтями пол; Спит около батареи; Во время сна сворачивается в клубочек; Спит, прикрыв носик лапкой; Старается залезть на руки человеку; Садится спиной к источнику тепла.

Кошка при приближении ветра, снегопада или метели: Беспokoйно бегае т по квартире и запрыгивает на мебель; Точит когти о ковер или о деревянный пол; Точит когти о деревья.

Кошка при приближении дождя: Ест траву; Моет лапкой свои ушки; Тщательно вылизывает свой хвостик; Чихает; Роется или катается по земле; Не выходит на улицу.

К сожалению, большинство из этих примет трудно проверить жителям мегаполисов, ведь не так мно ю живо тных окружает их в по стро ъках из бето на и стекла, но , с другой стороны, им всегда легче спрятаться от дождевых капель. Другое дело – жители деревни, особенно те, кто отправляется в далекий путь или на значительное расстояние от каких-либо укрытий; им стоит более внимательно присмотреться к поведению птиц и животных, а также прислушаться к звукам живой природы.

В конце статьи мы хотим сказать выезжайте почаще за город, друзья, дышите свежим воздухом, отдыхайте от мегаполисов с их гаджетами, машинами и нездоровой хаотичной активностью. Оставьте телевизор, компьютер и мобильный телефон дома – они вам не понадобятся. Ведь как узнать прогноз погоды по поведению животных мы вам уже рассказали.

Заключение и выводы:

В настоящее время этологические наблюдения становятся неотъемлемой частью любого полноценного зоологического исследования по биологии вида. Исследования поведения животных в природе ведутся в разных направлениях. В одних случаях изучается какая-либо часть поведенческого комплекса, например агрессивное поведение, миграции, гнездостроительная или орудийная деятельность. Подобные исследования могут касаться лишь одного вида или носить сравнительный характер и затрагивать разные таксономические группы. Много работ, посвященных поведению, связано с комплексным изучением популяций и происходящими в них процессами. Обширный класс исследований касается изучения поведения одного вида или группы близких видов. Данные работы проводятся в нескольких направлениях.

Во-первых, это труды зоологов, работающих в заповедниках, заказниках и просто в научных экспедициях и накопивших огромный запас наблюдений за поведением диких животных в природе.

Во-вторых, это специальные работы, когда наблюдатель поселяется в непосредственной близости от места обитания изучаемого объекта, постепенно приучает животных к себе и тщательно исследует их поведение.

В-третьих, это специальные наблюдения за прирученными животными, возвращенными в естественную среду их обитания.

В-четвертых, это наблюдения за животными в условиях, приближенных к естественным: большие вольеры, искусственно созданные популяции и т.п. Во многих случаях исследователи вели параллельные наблюдения за животными в естественных условиях и в вольерах, что позволяло уточнить многие, недоступные при наблюдениях только в природе, детали поведения, в том числе связанные с организацией сообществ и коммуникаций у целого ряда видов.

Литература

1. Баскин Л.М. Этология животных. М., 1986.

2. Гольцман М.Е. Социальный контроль поведения млекопитающих; ревизия концепции доминирования / Итоги науки и техники. ВИНТИ // Зоология позвоночных. М., 1983.
3. Мак-Фарленд Д. Поведение животных: Психобиология, этология и эволюция: Пер. с англ. – М.: Мир, 1988. – 520 с.
4. Панов Е.Н. Поведение животных и этологическая структура популяций. М., 1983.
5. Тинберген Н. Поведение животных. М., 1978.
6. <http://www.znaika-club.com.ua/article1193323414/>
7. http://goodnewsanimal.ru/newinos/zhivotnye_sptiki_kotorye_nikogda_ne_oshibajutsja/2014-05-27-4075
8. <http://www.aif.ru/society/19176>
9. <http://oldpak.ru/predskazanie-pogody-po-zhivotnym/>

УДК 6.616.022

М.А. Камалова, Ф.Ф. Мусыргалина, О.С. Целоусова

**КЛЕЩ РОДА DEMODEX КАК ПРИЧИНА ПАПУЛОПУСТУЛЕЗНОГО
ДЕРМАТОЗА**

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. Обсуждена роль клеща рода Demodex в формировании папул и пустул на коже лица, приведены методы диагностики.

Ключевые слова: Demodex folliculorum, Демодекоз, Папулопустулезные дерматозы

М.А. Kamalova, F.F. Musyrgalina, O.S. Tselousova

TICK OF GENUS DEMODEX AS CAUSE PAPULOPUSTULOUS DERMOTOSSES

Biology Department, Baschkir State Medical University, Ufa

Resume. The role of Demodex mites in the formation of papules and pustules on the face are discussed and given diagnostic methods.

Keywords: Demodex folliculorum, demodicosis, Papulopustulous dermatoses.

Актуальность: Демодекоз это поражение кожи, вызываемое условно-болезнетворным паразитом – клещом рода *Demodex* – железницей угревой (*Demodex folliculorum*).

Впервые этот клещ был выявлен Ф. Бергером в 1841 году в ушной сере слухового прохода у человека [8]. В 1842 году Г. Саймон обнаружил клеща в волосяных фолликулах и описал его строение. Он назвал этого клеща *Acarus folliculorum* (от греч. — «сальное животное»). Позже Г. Саймон (1842) и Р. Оуэн (1843) отнесли найденных клещей к роду *Demodex*. Более чем через полвека, английский акаролог С. Гирст определил 21 вид и несколько подвигов клещей рода *Demodex* у животных. Впоследствии, изучая паразитирование клеща на коже человека, Л. Х. Акбулатова (1970) обнаружила и описала две формы: *Demodex folliculorum longus* и *Demodex folliculorum brevis* [1].

Демодекоз – распространенное хроническое заболевание. Поражается кожа лица, области декольте и ушных раковин. По разным данным, заболеваемость демодекозом составляет от 2% до 5% и стоит на седьмом месте по частоте среди кожных болезней [3, 4]. В структуре популопустулезных дерматозов демодекоз составляет 10,5% [5]. Частота осложнений демодекозом у больных розацеа встречается в 88,7%, а периоральным дерматитом в 58,8% случаев [13].

По данным научных исследований, даже при наличии на кожном покрове клещей, клиническая картина заболевания развивается не всегда. Исходя из этого, можно утверждать,

что клещи рода *Demodex* являются условно-патогенными паразитами. До настоящего времени не установлены точные причины, приводящие к патогенности клещей рода *Demodex*, существующие теории разнообразны и противоречивы.

К внешним факторам, провоцирующим возникновение демодекоза, относятся: воздействие высоких температур, солнечное облучение, неблагоприятные бытовые и профессиональные условия, операции на глазном яблоке. К внутренним факторам, способствующим возникновению демодекоза, относятся изменения иммунитета организма в результате заболевания нервной, сосудистой и гормональной (например, сахарный диабет) систем, желудочно-кишечного тракта и печени, нарушений в обменных процессах, снижения иммунитета [9].

Источником заражения демодекозом является человек (больной или носитель) и домашние животные. Клещи паразитируют у собак, лошадей, крупного рогатого скота. Демодекоз может быть первичным и протекать как самостоятельное заболевание и вторичным, как следствие уже имеющихся болезней кожи (розацеа, периоральный дерматит, себорейный дерматит и др.) [2].

Основная локализация клещей – сальные железы кожи лица, ушных раковин, спины, груди. Паразитирование *Demodex folliculorum* в ресничных фолликулах век человека вызывает развитие блефаритов и блефароконъюнктивитов. Этиопатогенетическое влияние клещей при заболеваниях глаз достаточно велико и в настоящее время описывается многими авторами [4].

Заболевание возникает внезапно, у больных наблюдаются покраснение, шелушение кожи, расширение поверхностных сосудов, мелкие пузырьки. Больные жалуются на усталость глаз, зуд век и бровей, усиливающийся при действии тепла, пощипывание, жжение, чувство инородного тела или песка в глазах, «ползания мурашек», тяжесть век и вязкое клейкое, «едкое» отделяемое по утрам, скопление пенистого отделяемого в углах глаз в течение дня, между ресницами образуются чешуйки, корочки сероватого цвета. Заметны мелкие гнойнички по свободному краю век и множественные сосочковые образования на коже между ресницами.

Длительное хроническое течение демодекоза характеризуется утолщением кожи, чувством стягивания, уменьшением эластичности и мягкости, наличием серозных или кровянисто-гнойных корочек. Присоединение вторичной пиококковой инфекции сопровождается возникновением крупных пустул, нодулярных элементов, макроабсцессов, что может приводить к обезображиванию лица [14].

Цель работы: Изучить распространенность демодекоза среди студентов Башкирского медицинского университета, страдающих угревой сыпью на коже лица.

Материалы и методы: Для обнаружения клещей микроскопировали удаленные ресницы, волоски бровей и экстракт содержимого фолликул, полученный путем выдавливания угревой сыпи на лице. Свежеудаленные ресницы (по 4 штуки с верхнего и нижнего века), волоски с бровей (по 4 штуки из каждой брови) и экстракт содержимого фолликул поместили на предметное стекло с 50% раствором глицерина, накрыли предметным стеклом и просматривали под малым увеличением микроскопа.

Результаты исследования и их обсуждение: Было обследовано 15 студентов, страдающих угревой сыпью на коже лица и тела, покраснением, шелушением кожи.

Клещи рода *Demodex* были обнаружены у одного студента, что составило 0,07%. В анамнезе: ощущения зуда, жжения, ползания, распирания и жара. Кожный процесс локализуется преимущественно в области Т-зоны лица, наблюдается эритема эпителия. Пациент отмечает образование чешуек, корочек между ресницами, зуд и ощущение инородного тела в глазах. На каждый 1 см² кожи лица обнаружены 5 – 6 взрослых особей клеща.

Отрицательный лабораторный анализ обследования остальных 14 студентов, у которых наблюдается явная картина папулопустулезного дерматоза, которая локализуется на коже лица (акне, розацеа, периоральный дерматит), является доказательством того, что лабораторные методы диагностики демодекоза не являются абсолютно достоверными.

М.В. Камакина выявила достоверную статистическую вероятность отрицательного результата лабораторного анализа на наличие клещей на коже при выраженной клинической картине заболевания, которая составила 1,5% [4].

По данным литературы более информативным методом диагностики демодекоза является проведение кожной биопсии с последующей гистологией полученных препаратов. При этом пункционным методом (панч) или с помощью скальпеля берут небольшой участок кожи, фиксируют его в течение суток 10% раствором формалина, уплотняют парафином и окрашивают гематоксилин-эозином. В результате, можно полностью посмотреть сальную железу и окружающие ее участки. Главным недостатком метода является травматизация кожи с образованием рубца, а также невозможность обследования большой поверхности кожного покрова [6].

В 2010 году R. Segal и соавт. в качестве диагностического инструмента для выявления *Demodex* предложили использовать дерматоскоп, который позволяет визуализировать клещей на поверхности кожного покрова [12]. Другими неинвазивными методами диагностики демодекоза являются применение оптической когерентной томографии, позволяющей в режиме реального времени оценить состояние кожи больных в двух проекциях и конфокальная лазерная сканирующая микроскопия поверхностных слоев

кожного покрова *in vivo*, с помощью которой можно получить объемное четырехмерное изображение [5,11]. Преимуществами методов является высокая информативность, неинвазивность и, как следствие, отсутствие дискомфорта у пациентов.

Таким образом, для эффективного лечения демодекоза необходимым является применение достоверных, неинвазивных методов диагностики. Лабораторные методы не являются абсолютно достоверными.

Литература

1. Акбулатова Л. Х. Морфология двух форм клеща *Demodex folliculorum hominis* и его роль в заболеваниях кожи человека. Автореф дис. канд. мед. наук. Ташкент, 1968.
2. Бутов Ю. С., Акилов О. Е. Клинические особенности и вопросы классификации демодекоза кожи // Рос. журн. кожных и венерич. бол. 2003; № 2, с. 53–58.
3. Елистратова Л. Л. Клинико-микробиологические особенности акнеподобных дерматозов, осложненных демодекозом. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 2013. 20 с.
4. Камакина М. В. Акне у взрослых. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2002. 27 с.
5. Митрошина Е. В. Оптический имиджинг в приложении к исследованию нейробиологических систем мозга. Электронное учебно-методическое пособие. Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2012. 40 с.
6. Сирмайс Н. С., Абесадзе Г. А., Устинов М. В. Демодекоз: патогенетические аспекты при различных дерматозах лица. Метод пособие. М., 2013. 26 с.
7. Сюч Н. И. Лабораторная диагностика чесотки и демодекоза. Учебное пособие. М.: РМАПО, 2003. 25 с.
8. Vaima B., Sticherling M. Demodicidosis revisited // *Acta Derm Venereol.* 2002; 82: 3–6. [PubMed: 12013194].
9. Lacey N., Kavanagh K., Tseng S. C. Under the lash: Demodex mites in human diseases // *Biochem (Lond).* 2009. 31, 2 – 6.
10. Maier T., Sattler E., Braun-Falco M., Ruzicka T., Berking C. High-definition optical coherence tomography for the *in vivo* detection of demodex mites // *Dermatology.* 2012; 225 (3): 271–276. [PubMed: 23257730].
11. Segal R., Mimouni D., Feuerman H., Pagovitz O., David M. Dermoscopy as a diagnostic tool in demodicidosis // *Int J Dermatol.* 2010; 49 (9): 1018–1023. [PubMed: 20931672].
12. Whitfeld M., Gunasingam N., Leow L. J., Shirato K., Preda V. Staphylococcus epidermidis: a possible role in the pustules of rosacea // *J Am Acad Dermatol.* 2011. 64, 49–52.

13. Whiting D. A. Diagnostic and predictive value of horizontal sections of scalp biopsy specimen in male pattern androgenetic alopecia // *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28: 755–63. [PubMed: 8496421].

УДК 576.89

А.А. Халимова, Е.О. Зеброва, Г.И. Лукманова
МОРФОЛОГИЯ ЗРЕЛЫХ ЧЛЕНИКОВ ЛЕНТЕЦА ШИРОКОГО
ИЗ ОЧАГА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В работе изложены результаты исследования морфологии Лентеца Широкого из очага в Республике Башкортостан и сравнительного анализа с ранее описанным строением паразитов из регионов Аляски и Объединенных Арабских Эмиратов.

Ключевые слова: Лентец Широкий, морфология, зрелые членики, дифиллоботриоз.

A.A. Khalimova, E.O. Zebrova, G.I. Lukmanova
THE MORPHOLOGY OF MATURE SEGMENTS BROAD TAPEWORM FROM THE
SOURCE IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The paper presents the results of a study of the morphology of Broad tapeworm from the source in the Republic of Bashkortostan and a comparative review of the previously described parasitic structures of the regions of Alaska and the United Arab Emirates.

Key words: Broad tapeworm, the morphology, mature segments, diphyllbothriasis

Актуальность темы обусловлена тем, что в Республике Башкортостан природно-климатические условия благоприятны для развития всего цикла *Лентеца Широкого* – возбудителя дифиллоботриоза. Знание особенностей морфологии, цикла развития, локализации и патогенного действия цестод важно для своевременной диагностики, профилактики и эффективного лечения данного заболевания.

Целью исследования являлось изучение морфологии зрелых члеников *Лентеца Широкого* из природного очага в Республике Башкортостан.

Материал и методы. Проведены морфологические исследования двух отдельных фрагментов одной особи *Лентеца Широкого*, обнаруженных в кале больного человека при однократном опорожнении. Забор материала произведен в паразитологической лаборатории (г. Дюртюли). Объект исследования был помещен в раствор 70% спирта этилового.

Гельминта разрезали на части по 4 проглоттиды в каждой, производили замеры ширины и длины члеников, исследовали морфологию матки и семенников. Проведен сравнительный анализ собственных измерений с имеющимися литературными сведениями.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что один из фрагментов насчитывал 104 членика, а другой 22 членика. Все членики были зрелые, крупных размеров, неподвижные, молочно-белого цвета. Измерения члеников гельминта показали: ширина одного членика – 9 мм, длина одного членика - 4-5 мм. Общая длина первого фрагмента – 468 мм, второго – 99 мм. В каждом членике центральное положение занимает большая розетковидная матка, видимая невооруженным глазом. Размеры матки 4,5×2,7 -3,2 мм. Количество завитков матки в одном членике 8-12 штук: в 23 члениках – 8 завитков, в 12 члениках – 9 завитков, в 36 члениках -10 завитков, в 29 члениках -11 завитков, в 26 члениках -12 завитков. Отличия между передними и задними члениками отсутствуют. Толщина слоя семенников по бокам членика -1 мм. От семенников до матки – 1,8-2 мм (таблица).

Было проведено сравнение с данными, приведенными учеными Рауш и Хиллиард (Rausch, Hilliard, 1970) и с данными, опубликованными в научной работе студентов А. Абинаха, А. Вимера и Х. Шилдс Университета Объединенных Арабских Эмиратов (United Arab Emirates University presented by Amir Abyaneh, Adam Wimer, Hillary Shields, 2005).

Экземпляры *Лентеца широкого* от человека с Аляски, изученные Раушем и Хиллиардом (Rausch, Hilliard, 1970) имели особенности, приведенные в *Таблица 1*.

Первые членики лентеца широкого очень короткие - шириной 0,7 мм. За шейкой следуют более длинные членики шириной 0,93 мм. По направлению к заднему концу тела ширина и длина члеников возрастают; вначале ширина значительно больше длины. Максимально широкие членики расположены в последней трети тела, их ширина 16,5 мм, (длина 3,5 мм). К концу тела длина члеников увеличивается, ширина уменьшается; последние членики имеют длину 4,6 мм, ширину 11,5 мм. Зачатки полового комплекса в виде темных скоплений ярко окрашенных клеток заметны с 221 членика. Проксимальный отдел матки занимает всю толщу сегмента между дорсальным и вентральным слоями мускулатуры. В развитых члениках матка имеет по 3-6 петель с каждой стороны. Первые яйца появляются в 614 членике, длина которого 1,6 мм, ширина 4,6 мм.

Таблица 1

Морфологическая характеристика *Лентеца Широкого*

Признаки	Собственные данные	Rausch, Hilliard, 1970 г.	Абинах, Вимер, Шилдс, 2005 г.
Длина тела, мм	567	373-6850	980
Длина членика, мм	4-5	3,5-4,6	2-4

Ширина тела, мм	9	0,7-16,5	10-12
Количество члеников	126	250-520	180-225
Количество семенников в членике	480-990	510-1050	520-1030
Количество петель матки	8-12	6-12	7-11
Цвет члеников	Молочно-белый	Желтовато-белый	Розовато-белый
Цвет матки	Темно-коричневый	Черный	Светло-коричневый
Цвет семенников	Желтый	Бежевый	Бежево-желтый

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ *Лентеца Широкого* из природного очага в Республике Башкортостан, регионов Аляски и Объединенных Арабских Эмиратов не выявил значимых различий в их биометрических показателях и морфологическом строении.

Литература

1. *Богоявленский Ю.К., Улиссова Т.Н., Яровая И.М., Ярыгин В.Н.* - Биология/ Под ред. В.Н. Ярыгина. – М.: Медицина, 1984, 560 с., ил.
2. *Маркин А.В.*// Материалы докладов научной конф. «Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями». – М., 2002. – Вып.3. – С. 152-154.
3. *Осипова С.О., Исламова Ж.И., Сыров В.Н.* и др. // Мед.паразитол. – 2002. -№1. – С.29-33
4. *Соклов Н.И.* // Материалы докладов научной конф. «Актуальные вопросы теоритической и прикладной трематодологии и цестологии». – М., 1997. – С.159.
5. *Rausch RL, Hilliard DK.* Studies on the helminth fauna of Alaska. XLIX. The occurrence of *Diphyllobothrium latum* (Linnaeus, 1758) (Cestoda: Diphyllobothriidae) in Alaska, with notes on other species // *Can J Zool.* 1970;48(6):1201-1219. [Электронный ресурс]. <http://lekmed.ru/info/arhivy/difillobotriidy-31.html>

УДК 615.85:[612.858.7:612.825.1]:616.853-092.9

Е. А. Дьяконова

**ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА ОМЕГА-ПОТЕНЦИАЛ
ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЛИНИИ WAG/RIJ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: В данном исследовании изучается влияние музыки на психо-физиологическое состояние живых организмов, в данном случае крыс, страдающих эпилепсией; делается вывод о положительном компенсаторном влиянии специально подобранной музыки на организм тестируемых, смягчающей проявление эпилептического синдрома, и даже, в отдельных случаях, предотвращающей его наступление.

Ключевые слова: музыка, омега-потенциал, головной мозг, эпилепсия, крыса.

E. A. Dyakonova

**THE INFLUENCE OF MUSIC ON OMEGA - POTENTIAL
OF RAT BRAIN LINE EPILEPTIC WAG/RIJ**

Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: In this research influence of music on a psycho-physiological condition of live organisms, in this case the rats having epilepsy is studied; the conclusion about positive compensatory influence of specially picked up music on an organism tested, softening manifestation of an epileptic syndrome, and even, in some cases, preventing his approach is drawn.

Keywords: music, omega potential, brain, epilepsy, rat.

Актуальность: Звуковая среда является частью окружающей среды человека. Музыка – это особо организованная звуковая среда, которая влияет на психофизиологическое состояние человека, а значит, может рассматриваться как экологический фактор. С античных времен известно корректирующее влияние музыки на здоровье человека, сегодня музыкотерапия признана официальным методом здравоохранения. Но фундаментальные основы воздействия музыки на организм слабо изучены. В современных условиях постоянных психических нагрузок поиск возможностей снятия напряжения с помощью музыкотерапии приобретает особую актуальность.

Целью нашей работы было оценить влияние музыки на омега-потенциал (ОП) головного мозга крыс линии WAG/Rij.

В связи с этим были поставлены следующие задачи:

- изучить влияние успокаивающей и раздражающей музыки на ОП головного мозга крыс линии WAG/RIJ относительно фона без музыки.

- оценить ОП мозга крыс в динамике при воздействии стимулирующего эпилептический припадок сигнала без музыки.

- сравнить показатели ОП мозга крыс после сигнала, стимулирующего эпилептический припадок на фоне разной музыки.

База исследования: кафедра морфологии, физиологии человека и животных (МФЧЖ) ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет».

Материалы и методы исследования: крысы линии WAG/Rij. Исследования проводились методом наблюдения и диагностики. Для измерения ОП использовали методику А.Г. Сычева с соавторами [5]. Перед и после каждого эксперимента был замерен ОП по несколько раз с определённым интервалом времени. Ни одно животное не пострадало в ходе экспериментов, к ним оказывалось гуманное отношение.

Объектом исследования являлись крысы линии WAG/Rij. Эту линию называют – крысы с аудиогенным эпилептическим синдромом: при звоне в течение 60 секунд специально подобранной связкой ключей крысы впадают в эпилептический припадок. Особенностью крыс линии WAG/Rij является своеобразная ответная реакция на аудиогенный сигнал (звон ключей). На их основе проводилось исследование по выяснению природы этой болезни



Крысы линии WAG/Rij

и поиску различных фармакологических средств для лечения больных эпилепсией людей.

Линия WAG/Rij оказалась удобной моделью для изучения влияния музыки на проявление эпилептического припадка. Ранее в предварительных экспериментах на единичных особях (самец и самка) было обнаружено, что если подавать аудиогенный стимул (звон ключей) на фоне «живого звука» арфы эпилептический припадок не наступал даже при длительности стимула более 60 секунд [2]. С самых общих позиций можно предположить,

что это было связано с тем, что при восприятии музыки нейронное возбуждение не концентрировалось в одной «проблемной» зоне, а распределилось по всем слуховым участкам головного мозга, что сняло активность судорожного очага. Точные же причины нервной разгрузки требуют выяснения.

Кроме того, было не ясно, будет ли являться фактором положительного воздействия арфовая музыка не при живом исполнении, а посредством воспроизведения ее в музыкальной записи. Для выявления психотерапевтического характера релаксирующей музыки в качестве контраста необходимо было включить в схему опыта влияние контрастной по характеру музыки, например, в стиле «metal». При этом для регистрации функционального состояния испытуемых животных желательнее использование более чувствительных и объективных критериев, чем визуальные поведенческие реакции.

Такой удобной характеристикой адаптивных возможностей организма к дозированным физическим и психическим нагрузкам в конкретный момент времени может служить динамика омега-потенциала (ОП) мозга. Это устойчивый потенциал милливольтового диапазона низкой частоты от 0,01 до 2,5 колебаний в секунду (Гц), стоящий за диапазоном дельта-ритма головного мозга, характеризуется непрерывностью и устойчивостью во времени (минуты, десятки минут). Многочисленные данные, полученные в школе Н.П. Бехтеревой, позволяют утверждать, что ОП может считаться показателем функционального состояния мозга [4]; динамика же этого потенциала является отражением работы медленной управляющей системы, посредством которой осуществляется адаптация организма к различным изменениям среды.

Таким образом, в нашей работе музыка рассматривается как экологический фактор, влияющий на жизненные функции организма белых беспородных крыс. Характеристикой адаптивных возможностей модельных животных линии WAG/Rij, чувствительных к звуковым стимулам, служил омега-потенциал головного мозга.

Результаты и выводы. В результате проведенных экспериментов установлено, что в норме величина ОП головного мозга крыс плавно изменялась от 40-до 30 мВ. По сравнению с действием фона без музыки и успокаивающей музыки при прослушивании раздражающей музыки отмечено значимое понижение ОП до 27 мВ, что свидетельствовало о снижении реактивной способности нервной системы. При стимуле эпилептического припадка через 1,5-2 часа ОП снижался до минимальных значений 1,1 мВ и восстанавливался до нормального только через двое суток. Однако если стимул подавался на фоне успокаивающей музыки, в одном случае из четырех припадков не наступал, а у подвергшихся припадку крыс восстановление ОП, свидетельствующее о нормальной мозговой активности, наступало на сутки раньше, чем при стимуле на фоне раздражающей музыки или фоне без

музыки. В заключении можно утверждать, что музыка, действительно, может облегчать протекание эпилептического припадка и даже в отдельных случаях предотвращать его наступление.

Таким образом, в нашем исследовании доказано положительное компенсаторное влияние специально подобранной музыки на организм тестируемых животных, смягчающее проявление эпилептического синдрома.

Литература

1. Гарипова, С.Р. Психофизиологические механизмы воздействия музыки на организм человека // Актуальные вопросы физиологии, психофизиологии и психологии: К 190-летию рождения выдающегося немецкого ученого Г. Гельмгольца. Сб. науч. ст. Всероссийской заочной научно-практ. конференции. -Уфа: РИЦ БашИФК, 2011. -С. 22-29.
2. Гарипова, С.Р., Басырова, Э.Р. Виброакустическое воздействие музыки арфы на различные живые организмы // Актуальные вопросы физиологии, психофизиологии и психологии: К 125-летию со дня рождения Д.Н. Узнадзе Сб. науч. ст. Всероссийской научно-практической конференции. -Уфа: РИЦ БашИФК, 2011. -С. 16-20.
3. Гарипова, С.Р., Филонов, Я.А., Белоусова, Е.С., Дьяконова, Е.А., Басырова, Э.М., Мочалов, С.М. Динамика омега-потенциала мозга крыс линии WAG/Rij при воздействии релаксирующей и «тяжелой» музыки // Актуальные вопросы физиологии, психофизиологии и психологии: К 160-летию со дня рождения Н.Е. Введенского. Сб. науч. ст. Всероссийской заочной научно-практической конференции. -Уфа: РИЦ БашИФК, 2012. - С. 17-22.
4. Илюхина, В.А. Нейрофизиология функционального состояния человека. -Л.: «Наука», 1986.
5. Сычев, А.Г., Щербакова, Н.И., Барышев Г.И. Методика регистрации квазиустойчивой разницы потенциалов с поверхности головы // Физиология человека. -1980. -№1. -С. 178.

УДК 615.015.33

А.А. Бахтигареева, Л.Р. Сахипова, А.Т. Нуриева, Л.Н. Шамсутдинова,

Г.Г. Давлятова

**ПСИХОТРОПНАЯ АКТИВНОСТЬ СОЛЕЙ КСАНТИНИЛТИОУКСУСНЫХ
КИСЛОТ, СОДЕРЖАЩИХ ТИЕТАНОВЫЙ ЦИКЛ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Изучена психотропная активность солей ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл ум-18 и ум-23 на белых беспородных мышах-самцах с использованием тестов «открытое поле», «приподнятый крестообразный лабиринт», «принудительное плавание» и «подвешивание мышей за хвост». Установлено, что соединение с лабораторным шифром ум-23 в дозе 5,2 мг/кг при однократном внутривнутрибрюшинном введении оказывает седативное действие.

Ключевые слова. Соли ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл, психотропная активность, седативное действие.

A.A. Bakhtigareeva, L.R. Sakhipova, A.T. Nurieva, L. N. Shamsutdinova, G.G

.Davlyatova

**PSYCHOTROPIC ACTIVITY OF SALT XANTINILTHIOACETIC ACID
CONTAINING TIETAN CYCLE**

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary. Studied psychotropic activity of salt xanthinilthioacetic acid containing thietan cycle um-18 and um-23 on white male mice using tests "open field", "elevated plus maze", "forced swimming" and "hanging mice by the tail." It was found that the compound with laboratory code um-23 at a dose of 5,2 mg / kg after a single intraperitoneal injection has a sedative effect.

Key words. Salt xanthinilthioacetic acid containing thietan cycle, psychotropic activity, sedative effect.

В фармакотерапии психических заболеваний центральное место занимают препараты психофармакологического действия. Психотропные препараты наряду с достоинствами не лишены недостатков - они вызывают ряд серьезных побочных эффектов [3]. Поэтому изыскание более эффективных и безопасных лекарственных средств для коррекции психических расстройств остается актуальной задачей.

Целью данного исследования явилось изучение психотропной активности солей ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл.

Материалы и методы.

Опыты были проведены на 64 беспородных мышках-самцах массой 20-22 г, полученных из ГУП «Иммунопрепарат» (г.Уфа). Животные содержались в стандартных условиях вивария при естественном свето-темновом режиме, свободном доступе к воде и полнорационному корму (ГОСТ Р50258–92).

При выполнении экспериментов были строго соблюдены все требования Европейской конвенции «О защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных или иных научных целей» (Страсбург, 1986 г.) и Федерального закона Российской Федерации «О защите животных от жестокого обращения» от 01.01.1997 г. Учитывая биологические ритмы, описанные в работе ряда авторов [1], опыты были проведены с 12.00 до 18.00.

Объектом исследования явились 2 соединения - соли ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл с лабораторными шифрами ум-18 и ум-23. Соединения вводили в виде суспензий внутрибрюшинно за 30 минут до эксперимента в дозах, равных 1/10 и 1/100 от молекулярной массы (м.м.). Контрольная группа получала эквивалентное количество изотонического раствора.

Для изучения влияния веществ на индивидуальное поведение мышей использовали тест «открытое поле» [1,2,4]. Анксиолитическую активность оценивали в тесте «приподнятый крестообразный лабиринт», антидепрессивную - «принудительное плавание» (TST) и «подвешивание мышей за хвост» (FST) [6,8,9]. Визуальную оценку поведения животных в тестах TST и FST проводили с использованием программы «Brain Test», разработанной на кафедре фармакологии №1 с курсом клинической фармакологии БГМУ (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2008610170) [5].

Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica 6.1, используя непараметрический критерий Манна-Уитни. Отличия считали достоверными при $p < 0.05$ [3].

Результаты и обсуждение.

В тесте «открытое поле» (Табл. 1) установлено, что соли ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл, оказывают незначительное влияние на параметры индивидуального поведения мышей. Вещество ум-18 в дозе 44 мг/кг не оказало влияние на параметры индивидуального поведения мышей, а в дозе 4,4 мг/кг наблюдалась тенденция к снижению стоек с упором и ориентировочно-исследовательской активности, что может говорить о седативном эффекте.

В группе мышей, получивших инъекцию ум-23 в дозе 52 мг/кг паттерны индивидуального поведения от контрольных статистически значимо не отличались, но наблюдалась тенденция к снижению двигательной, ориентировочно-исследовательской активностей и количества обследованных отверстий. А в дозе 5,2 мг/кг ум-23 на 39%

снижал двигательную активность, что свидетельствует о его седативном действии, но не влиял на остальные параметры.

Таблица 1

Влияние солей ксантилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл, на параметры индивидуального поведения в тесте «открытое поле»

Группа паттерн	П (ДА)	Н	Вс	Су	Ц	АГ	ДГ	Д	У	ОИА
контроль n=8	89 [62;112]	8 [5;12]	0 [0;3]	12 [10;19]	3 [1;8]	0 [0;0]	0 [0;0]	1 [0;2]	0 [0;0]	23 [18;27]
ум-18 44 мг/кг n=7	85 [81;100]	9 [7;13]	0 [0;1]	10 [8;13]	5 [4;7]	1 [0;1]	3 [0;8]	0 [0;2]	0 [0;0]	21 [17;29]
ум-18 4,4 мг/кг n=7	61 [26;112]	10 [3;14]	0 [0;1]	6* [2;6]	5 [1;9]	1 [0;1]	9 [0;1 6]	0 [0;1]	0 [0;0]	16 [3;22]
ум-23 52 мг/кг n=7	67 [63;80]	3,5 [0;9,5]	0 [0;4]	9,5 [9;10]	2,5 [0;6,5]	0 [0;0]	0 [0;0]	0 [0;0,5]	0 [0;0]	15,5 [10;22,5]
ум-23 5,2 мг/кг n=7	55* [54;59]	9 [8;10]	0 [0;0]	10 [2;12]	2 [2;4]	0 [0;1]	0 [0;8]	1 [1;2]	0 [0;0]	21,5 [15;23]

Примечание:

*- отличия достоверны по сравнению с контролем ($p < 0.05$ для U-критерия Манна-Уитни)

В тесте «приподнятый крестообразный лабиринт» (Табл. 2) между контрольной и опытными группами статистически значимых отличий не обнаружено. Однако в группах, получавших однократную инъекцию ум-18 в дозе 4,4 мг/кг и ум-23 в дозе 52 мг/кг время пребывания мышей в светлом отсеке составило 10 и 8 секунд соответственно против 2 в контроле, что указывает на целесообразность дальнейшего изучения анксиолитической активности данных соединений.

Таблица 2

Влияние солей ксантилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл, на параметры индивидуального поведения в тесте «приподнятый крестообразный лабиринт»

Группа паттерн	Время в светлом отсеке	Время в центральном отсеке	Время в темном отсеке	Кол-во заходов в светлый отсек	Кол-во заходов в темный отсек
контроль n=8	2 [0;15]	25 [10;27]	148 [136;168]	1 [0;2]	5 [1;7]
ум-18 44 мг/кг n=7	0 [0;20]	19 [18;24]	155 [143;156]	0 [0;1]	5 [5;7]
ум-18 4,4 мг/кг n=7	10 [9;15]	3 [2;20]	140 [117;145]	1 [1;1]	1 [1;2]
ум-23 52 мг/кг n=7	8 [0;17]	20 [3;21]	160 [143;160]	1 [0;1]	2 [1;5]
ум-23 5,2 мг/кг n=7	5 [0;14]	10 [4;10]	164 [155;170]	1 [0;1]	2 [2;2]

Примечание:

*- отличия достоверны по сравнению с контролем ($p < 0.05$ для U-критерия Манна-Уитни)

В тесте TST ни препарат сравнения флуоксетин, ни соединение ум-18 не изменяли время иммобилизации по сравнению с контролем. После однократного введения вещества ум-23 в дозе 52 мг/кг длительность иммобилизации опытных животных, увеличивалось на 74% по сравнению с контролем, что свидетельствует о его возможном депрессогенном действии.

В тесте FST в контрольной группе время иммобилизации и ИД составили 223 секунды и 1,2 соответственно. Препарат сравнения флуоксетин статистически значимо снижал только ИД до 0,7. При введении солей ксантилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый

цикл, длительность иммобилизации оставалась на уровне контрольных величин. Однако, под влиянием соединения ум-18 с уменьшением дозы, отмечалась тенденция к снижению ИД. При введении ум-18 в дозе 44 мг/кг значение ИД составило 1,3, а в дозе 4,4 мг/кг - 0,9. Таким образом, у солей ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл, в дозах 1/10 и 1/100 от м.м. антидепрессивная активность не выявлена.

Таблица 3

Влияние солей ксантинилтиоуксусных кислот, содержащих тиетановый цикл, на время иммобилизации и индекс депрессивности

Группа	Иммобилизация (TST), Ме [25%;75%]	Иммобилизация (FST), Ме [25%;75%]	ИД (FST), Ме [25%;75%]
Контроль n=8	101 [52;132]	223 [199;227]	1,2 [0,9;1,3]
Флуоксетин n=20 (10 мг/кг)	135 [64;136]	169 [113;198]	0,7 * [0,6;0,85]
ум-18 44 мг/кг n=7	128 [84;172]	229 [209;238]	1,3 [0,9;1,8]
ум-18 4,4 мг/кг n=7	93 [64;120]	173 [140;188]	0,9 [0,9;1]
ум-23 52 мг/кг n=7	176* [75;214]	211 [195;226]	1 [0,9;1,2]
ум-23 5,2 мг/кг n=7	119 [100;127]	224 [211;228]	1 [0,9;1,1]

Примечание:

*- отличия достоверны по сравнению с контролем ($p < 0.05$ для U-критерия Манна-Уитни)

Выводы.

1. Соли ксантинилтиоуксусных кислот, содержащие тиетановый цикл, в изученных дозах анксиолитической и антидепрессивной активности не проявляют.

2. В тесте «открытое поле» соединение ум-23 в дозе 5,2 мг/кг подавляет двигательную активность белых беспородных мышей.

Литература

1. Валеева, Л.А. Сезонные биоритмы коэффициента подвижности, ориентировочно-исследовательской активности и эмоциональной тревожности крыс / Валеева Л.А., Годоражи О.Ю. // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т.4. - №2. – С. 186-188.
2. Гельман, В.Я. Получение обобщенных критериев для оценки поведения крыс в условиях открытого поля / В.Я. Гельман, С.И. Кременевская // Физиологический журнал СССР. – 1990. – Т.76.-№4. – С.553-556.
3. Депрессивные и тревожные расстройства / А.П. Рачин, Е.В. Михайлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 104с.
4. Изучение нейропсихофармакологических эффектов нового производного глутаминовой кислоты соединения РГПУ-197 / В.В. Багметова, М.Н. Багметов, И.Н. Тюренков [и др.] // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2012. – Т.10., №1. – С.54-59.
5. Программа для ЭВМ Braintest / Габидуллин Р.А., Никитина И.Л., Иванова О.А., Алёхин Е.К. // Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2008610170.
6. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под общей ред.чл.-корр. РАМН, проф. Р.У.Хабриева. – 2 изд., перер. и доп. – М.:ОАО «Издательство Медицина», 2005. – 832 с.
7. Хафизьянова, Р.Х. Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии / Р.Х.Хафизьянова, И.М. Бурькин, Г.Н. Алеева. – Казань: Медицина, 2006. – 374 с.
8. Щетинин, Е.В. Биоритмологический подход к оценке принудительного плавания как экспериментальной модели «депрессивного» состояния. / Е.В. Щетинин, В.А. Батурин, Э.Б. Арушанян [и др.] // Журнал высшей нервной деятельности. – 1989. - №5. – С.958-964.
9. Steru L., Chermat R., Thierry B. et al. // Psychopharmacology (Berl.). – 1985. – Vol. 85. - №3. – P.367.

УДК 598.2/613.55

А.И. Гареева, И.М. Морозова, О.С. Целоусова

**ИЗУЧЕНИЕ ПЛОТНОСТИ СИНАНТРОПНЫХ ВИДОВ ПТИЦ НА
ТЕРРИТОРИИ ДЕМСКОГО РАЙОНА г.УФЫ**

Кафедра Биологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. Проведено изучение плотности синантропных видов птиц на территории Демского района г. Уфы РБ. За учетный период с октября 2012 года по октябрь 2014 г. было обнаружено 60 видов птиц из 19 семейств, относящихся к 10 отрядам. Наибольшая плотность синантропных видов птиц наблюдалась в биотопе многоэтажных застроек.

Ключевые слова: синантропные виды птиц, орнитоз.

A.I. Gareeva, I.M. Morozova, O.S. Tselousova

**STUDY OF DENSITY COMMENSAL BIRD SPECIES IN THE DEMSKIY AREA OF
UFA CITY.**

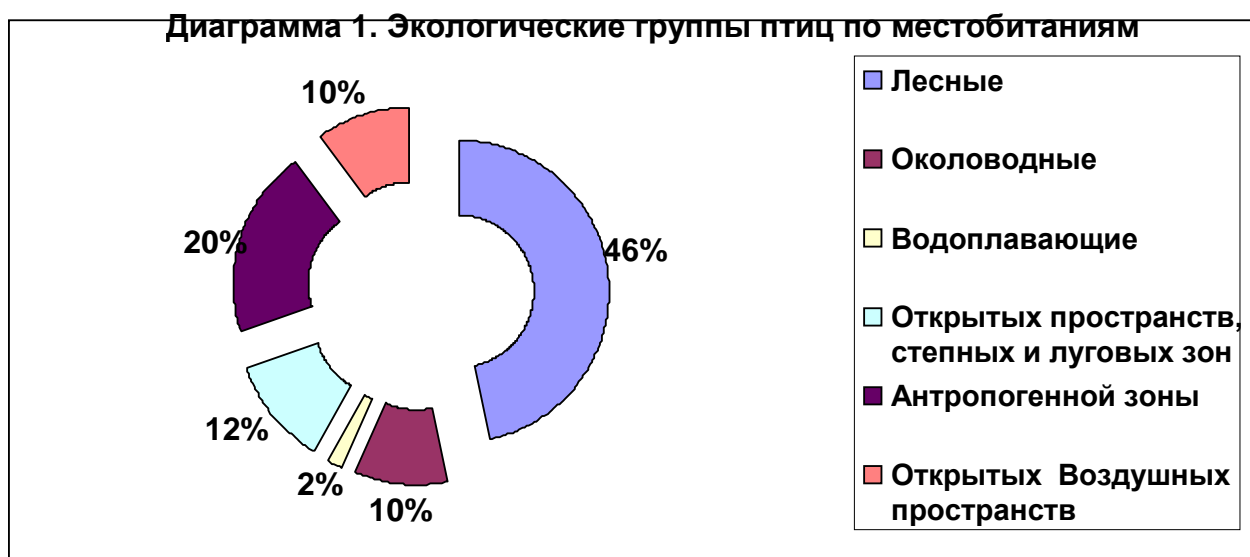
Department of biology, Bashkir state medical University, Ufa

Resume. The was been studied density of the commensal bird species on the territory of Demskiy area of Ufa city. Over the reference period from October 2012 to October 2014 have been found 60 species of birds in 19 families belonging to 10 orders. The highest density of commensal species of birds was observed in the multistoried houses biotope .

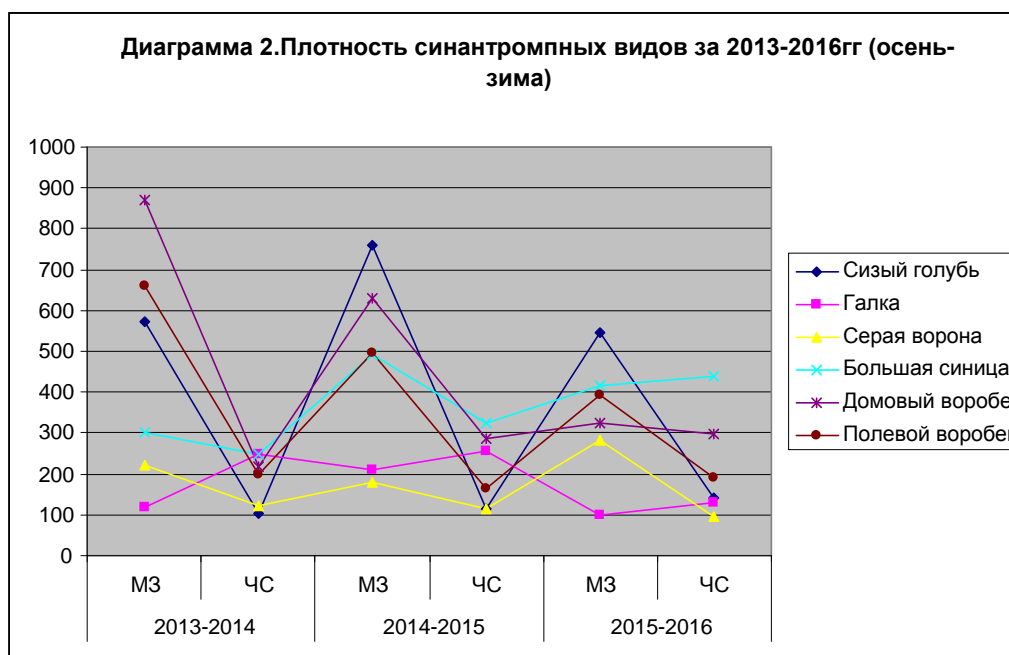
Keywords: synanthropic birds, psittacosis.

Актуальность. Современные знания о природной очаговости инфекционных болезней постоянно дополняются сведениями о значении птиц в распространении многих заболеваний человека. В настоящее время накопился большой фактический материал, свидетельствующий о том, что птицы, являясь резервуарами различных возбудителей и прокормителями их переносчиков, нередко представляют непосредственную или опосредованную опасность для здоровья людей. Известно большое количество патогенных микроорганизмов общих для птиц и человека. Наибольшую опасность для человека могут представлять вирусы энцефалита, переносчиками которых являются голуби. А также, от голубей человек может заразиться такими инфекционными и паразитарными заболеваниями как, неглерииоз, туберкулез, рожа, орнитоз, сальмонеллез, туляремия, токсоплазмоз и др. [4] Известно, что частота паразитических заболеваний человека связана с тем, что люди прямо или косвенно контактируют с их переносчиками. 80%. В связи с этим актуальным является изучение численности и динамики синантропных видов для предотвращения вспышки

инфекционных заболеваний человека. Цель исследования заключалась в изучении плотности синантропных видов птиц на территории Демского района г. Уфы РБ для разработки профилактических рекомендаций. Для изучения орнитофауны Демского района нами выбрана методика точечных учетов (Боголюбов, 2002). Этот метод не требует материальных затрат, позволяет обследовать значительные по размерам площади в любое время года, обладает большей представительностью и подходит для участков с мозаичным ландшафтом. Расчеты проводились по методике Ю.С. Равкина с использованием пересчетного коэффициента. [2,3]. Исследования проводились в период с октября 2013 года по февраль 2016 года на 2 Биотопах – многоэтажные застройки – 1 участок и биотоп частный сектор – 1 участок. Всего за учетный период с октября 2012 года по октябрь 2014 г. Нами было обнаружено 60 видов птиц из 19 семейств, относящихся к 10 отрядам. Редких видов, занесенных в Красную книгу РБ, встречено не было. Доля птиц отряда Воробьеобразных составила 68,32% (41 вид). Частота встречаемости Дятлообразных и Соколообразных была сходной и достигала 6,67% (4 вида), Ржанкообразных – 5% (3 вида), Голубеобразных и Журавлеобразных – по 3,33% (2). С наименьшей частотой по 1,7% (1 вид) встречались птицы отрядов Аистообразных, Гусеобразных, Кукушкообразных и Стрижеобразных. Из обнаруженных видов оседлыми являлись 8 видов, перелетными – 38 видов. Процентное содержание синантропных видов составило 20% (диаграмма 1).



Анализ плотности синантропных видов проводился в осенне-зимний сезон 2013-2014гг, в связи с пиком заболеваемости вирусными инфекциями человека в данный период (диаграмма 2).



Нами выявлено, что наибольшая плотность синантропных видов птиц наблюдалась в многоэтажных застройках, чем в частном секторе. Вероятно, данное наблюдение связано с тем, что на территории многоэтажных домов посреди района находится большое количество мусорных свалок, которые птицы используют в качестве кормушек особенно в холодное время. Нами зарегистрирован частый залет хищных птиц (перепелятник) на городскую территорию за легкой добычей.

Таким образом, массовая застройка территории Демского района г.Уфы вызывает изменения видового состава и численности птиц, формируется новый орнитокомплекс, в основном состоящий из синантропных видов (сизый голубь, серая ворона, домовый и полевой воробьи, галка), типичных обитателей свалок на жилых территориях, которые представляют наибольшую опасность для здоровья человека. В связи с этим, необходимо осуществлять мероприятия по профилактике возникновения случаев орнитоза и других инфекционных заболеваний. Не допускать замусоривания территории, проводить своевременную очистку мусорных контейнеров, выполнять санитарно-эпидемиологические требования по содержанию чердачных помещений. Проводить санитарно-просветительскую работу среди населения – предоставлять информацию об основных симптомах орнитоза и других инфекционных заболеваний, разъяснять о недопущении приобретения декоративных, певчих и других комнатных птиц без соответствующего документа ветеринарной службы, удостоверяющего состояние их здоровья [1].

Литература

1. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 185 г. Москва от "Об утверждении СП 3.1.7.2815-10 "Профилактика орнитоза"
2. Боголюбов А.С. Изучение численности птиц различными методами «Экосистема», 2002
3. Recher H.F. Report of working group on the need for standartized census methods. - Stud. in Avian BioL, 1981, N 6, pp. 580-581.
4. Lozano-Alarcon, G.A. Bradley «Primary Amebic Meningoencephalitis Due to *Naegleria fowleri* in a South American Tapir»

УДК 159.9.075

А.Р. Галиакберова, С. М. Измайлова

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНИТЕТА И СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.

Уфа

Резюме: в целях изучения наиболее актуальных методов диагностики иммунитета и стресса проведен литературный обзор по теме. В ходе исследования применялись следующие методы: анкетирование для определения состояние иммунитета, анкетирование по методике В.А. Жмурова, которое предназначено для выявления депрессивных состояний, опрос по шкале депрессии Бека, который позволяет выявить ограниченный набор значимых симптомов депрессии. Данные отчетов за период с сентября 2015 - март 2016 гг. показали, что уровень иммунитета зависит от стрессоустойчивости подростка.

Ключевые слова: стресс, иммунитет, стрессоустойчивость.

A.R. Galiakberova, S. M. Izmailova

RELATIONSHIP OF STRESS AND IMMUNITY OF TEENAGERS

Department of Biology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. In order to explore the most actua methods of diagnosis immunity and stress were made literature review of this theme. The study used the following methods: a survey to determine the state of the immune system, questioning the procedure V.A. Zhmurova, which is designed to identify depression, the survey on the Beck Depression Inventory, which allows you to identify a limited number of significant symptoms of depression. Report data for the period from September 2015- March 2016's. It showed that the level of immunity depends on the stress teenager. Keywords. Stress, immunity, stress resistance.

Актуальность: Организм человека обладает определенными защитными свойствами и оказывает сопротивление проникшей в него инфекции. В работе иммунной системы отражается вся невероятная сложность человеческого организма [3].

Основоположником учения об иммунитете является Эдвард Дженнер, который в конце XVIII века опытным путем нашел способ предупреждения заболеваний натуральной оспой.

Иммунитет – это комплексная реакция организма, которая направлена на защиту от попадания в него бактерий, вирусов, паразитов, токсинов, а также изменения собственных клеток [5]. Биологический смысл иммунитета - обеспечение генетической целостности

организма на протяжении его индивидуальной жизни. Развитие иммунной системы обусловило возможность существования сложно организованных многоклеточных организмов [4].

Стресс оказывает заметное отрицательное влияние на иммунную систему, а степень этого воздействия во многом зависит от того, насколько мы можем регулировать свои эмоции и управлять своим организмом. Во время стресса выделяются гормоны коры надпочечника, мозговой части надпочечника, соответственно кортизол и катехоламины, которые способны подавлять любую иммунную деятельность [7].

Влияние стресса на иммунную систему изучает психонейроиммунология – одна из самых молодых наук о здоровье [2]. Преодолевая стресс, мы снимаем с иммунной системы нагрузку и этим усиливаем иммунный ответ [6].

Цель исследования: выяснить, как стресс влияет на иммунную систему подростка.

Материалы и методы: Объектом исследования явились студенты 1 курса педиатрического факультета (N = 29).

- 1) Провести обзор литературы по теме влияния стресса на иммунитет;
- 2) используя различные источники информации, проанализировать, что в нашем организме обеспечивает выработку иммунитета;
- 3) провести анкетирование среди студентов, чтобы определить состояние иммунитета [1];
- 4) провести анкетирование для определения стрессоустойчивости;
- 5) проанализировать результаты на основе полученных данных.

Результаты и обсуждение: Проведенное анкетирование для определения насколько критично состояние иммунитета студентов, включающее 16 вопросов. Оказалось, что в октябре 2015 года у 17 студентов (58,6%) отмечен сильный уровень иммунитета, у остальных есть изменения в работоспособности иммунитета. Повторный опрос показал, что в марте сильный уровень иммунитета отмечен у 24 студентов (82,8%) (см. диаграмма 1).

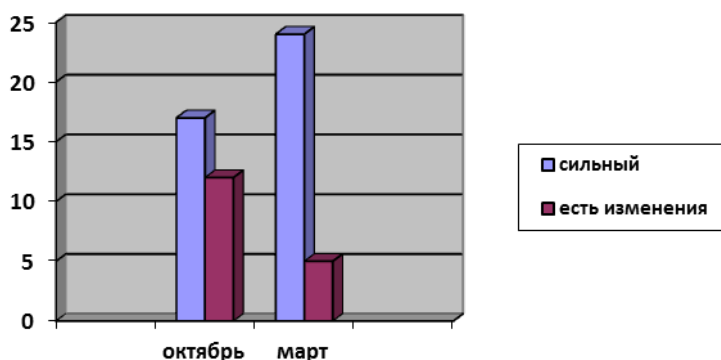


Рис. 1. Результаты анкетирования для определения критичности состояния иммунитета

Бесспорно, условия современной городской жизни подвергают здоровье человека большому риску. Тест поможет определить, насколько критично состояние вашего иммунитета, возможно, в ваших силах восстановить его самостоятельно.

Затем провели опрос для определения критерия иммунной системы, включающий в себя 9 вопросов. В октябре у 16 студентов замечен отличный критерий иммунитета (55,2 %). В марте к этому критерию добавились еще 4 человека (69%) (см. диаграмма 2). Данный критерий увеличился на 13,8%, что говорит о том, что студенты сами могут восстановить свой иммунитет.

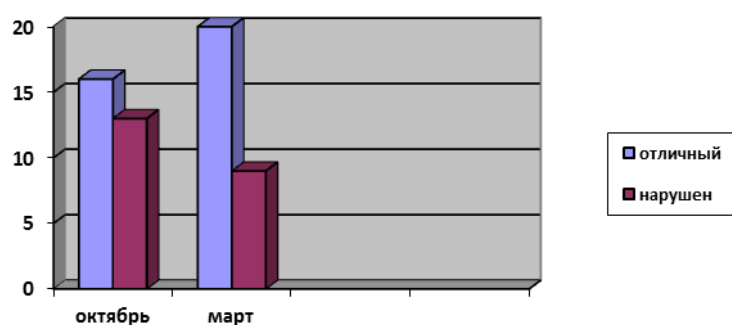


Рис. 2. Результаты анкетирования для определения критерия иммунной системы

Далее провели анкетирование по методике В.А. Жмурова [8]. Данный тест на уровень депрессии составлен по методике диагностики депрессивных состояний доктора В.А. Жмурова, который предназначен для выявления депрессивных состояний и предварительной оценки их степени. Методика выявляет депрессивное состояние (главным образом тоскливой или меланхолической депрессии). Она дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на данный момент. В октябре было отмечено, что у 19 студентов (65,5%) отсутствуют депрессивные симптомы, у 7 студентов выражена легкая депрессия (24,1%), у 2 студентов – умеренная (6,9%). В марте показатели улучшились: у 20 студентов (69%) – отсутствует, у остальных (31%) – легкая (см. диаграмма 3).

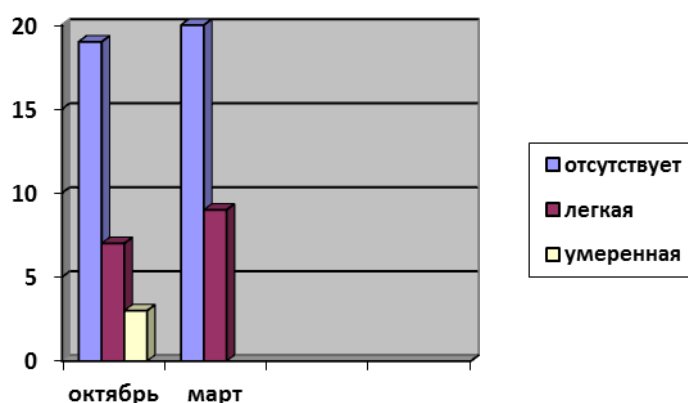


Рис. 3. Результаты анкетирования по методике В.А. Жмурова

Опрос по шкале депрессии Бека, которая была предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник.

В октябре заметили у 22 студентов (75,8%) отсутствие депрессивных симптомов, у 5 (17,2%) замечена легкая депрессия, что считается клиническим нарушением, а у 2 – умеренная (17,2%). В марте эти показатели улучшились: у 25 студентов (86,2%) – отсутствие, а у оставшихся (13,8%) - легкая депрессия (см. диаграмма 4). Тяжелая депрессия (уровень выше 24 баллов) у студентов не наблюдалась ни в сентябре, ни в марте, следовательно, данным студентам не требуется терапия с применением антидепрессантов.

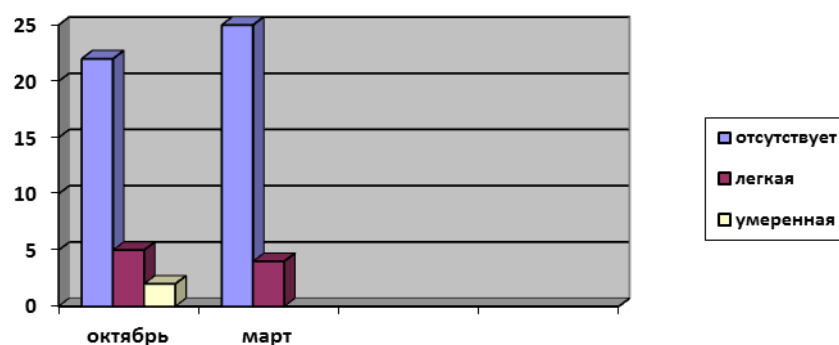


Рис. 4. Результаты опроса по шкале депрессии Бека

Проводили по два исследования для определения состояния иммунитета и депрессивного состояния для более точных результатов. Улучшенные показатели нас порадовали. Мы считаем, что в октябре студенты были перенапряженным новым ритмом жизни, и это негативно сказалось на уровне их стрессоустойчивости и иммунитета.

Заключение и выводы: Полученные в ходе исследования данные, подтверждают, что только при стрессоустойчивости можно говорить о хорошей оценке работоспособности всего организма. Студентам следует помнить, что постоянные стрессовые ситуации ведут к снижению умственных способностей и болезням.

Стресс оказывает заметное отрицательное влияние на иммунную систему, а степень этого воздействия во многом зависит от того, насколько мы можем регулировать свои эмоции и управлять своим организмом. Преодолевая стресс, мы снимаем с иммунной системы нагрузку и этим усиливаем иммунный ответ.

Литература

1. Г. Селье. Стресс без болезней. Спб. - ТОО "Лейла". - 1994. - 384 с.
2. Г. Селье. Стресс без дистресса. М.: - «Прогресс». - 1982 – 33 с.
3. Дерманова И.Б. Методика определения уровня депрессии. Диагностика эмоционально-нравственного развития. - М.: - 2002 – 23 с.
4. Жмуров В.А. Методика определения уровня депрессии / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб. - 2002. - 135-139.
5. Кижаяев-Смык Л.А. Психология стресса. - М.: «Наука». - 1983 – 114 с.
6. Ройт А. Основы иммунологии. М.- 1991 – 300 с.
7. Рутман Э.М. Как преодолеть стресс. М.: - ТОО «ТП». - 1998 – 85 с.
8. Синяков А.Ф. Познать себя (самоконтроль физкультурника). - М.: Советский спорт. - 1990 – 23 с.

УДК: 599.36/.38

Э.Д. Гайнуллина, К.О. Перышкина, А.Т. Волкова
МЕЛКИЕ МЛЕКОПИТАЮЩИЕ ОКРЕСНОСТЕЙ Г.УФЫ

**Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.
 Уфа**

Резюме: Описан видовой состав фауны мелких млекопитающих в окрестностях г. Уфы. Сбор материала проведен в период учебной полевой зоологической практики в июне 2015 г. Определены показатели относительной численности и индексы доминирования видов в различных биотопах.

Ключевые слова: мелкие млекопитающие, видовой состав, относительная численность, индекс доминирования.

E.D. Gaynullina, K.O. Peryshkina, A.T. Volkova

SMALL MAMMALS SURROUNDINGS UFA

Biology department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: It is described species composition of fauna of small mammals in the vicinity of Ufa. Collection of material was hold during the training field zoological practices in June 2015. It was defined indices of relative population and indices dominance of species at different biotopes.

Key words: small mammals, specific composition, relative quantity, prevailing index.

Актуальность: Мелкие млекопитающие – представители отрядов Грызуны (Rodentia Bowdich, 1821) и Насекомоядные (Insectivora Bowdich, 1821) – одна из самых многочисленных, широко распространённых, значимых в естественных и искусственных ландшафтах группа животных. Функционирование природных экосистем в значительной мере обусловлено видовым разнообразием, структурой образующих их сообществ, в связи с чем организация межвидовых группировок, лежащая в их основе, привлекает пристальное внимание учёных и актуальность исследований их жизнедеятельности неоспорима [7].

Мелкие грызуны — важнейшие потребители зелёной массы растений, их семян и насекомых, составляют важную группу консументов — потребителей органического вещества в экосистемах. Широко известна роль этих млекопитающих как участников паразитарных систем, переносчиков болезней, объектов питания хищных видов животных, а также как «вредителей» сельскохозяйственных и лесных культур [3].

Млекопитающие служат удобным модельным объектом для исследований в качестве элемента живой природы высокого уровня развития. Они участвуют в таких важных

экосистемных процессах, как перенос вещества и энергии, структурообразование, создание биопродукции, и занимают разные трофические уровни в экологических пирамидах. Изучение сообществ мелких млекопитающих вносит важный вклад в исследования структуры и функционирования сообществ на локальном, региональном и глобальном уровнях [5].

Антропогенное влияние на природные комплексы по своей продолжительности и интенсивности неоднозначно. В условиях трансформированного ландшафта в лесных насаждениях, изменённых рубками, формируется специфическая среда обитания для сообществ мелких млекопитающих. Изменяется состав и структура сообществ, населяющих защитные лесные полосы [6].

Цель исследования: изучение видового состава мелких млекопитающих в различных биотопах окрестностей г. Уфы.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Сбор животных из ловушек Барбера-Гейлера.
2. Камеральная обработка отловленных мелких млекопитающих.
3. Препарирование черепов и их очищение.
4. Определение видов (по внешним морфологическим и краниологическим признакам).
5. Определение примерного возраста животных.
6. Изучение биотопической приуроченности разных видов мелких млекопитающих.
7. Сравнение данных по микромаммам за 2014 и 2015 годы.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили мелкие млекопитающие, отловленные попутно с напочвенными насекомыми в окрестностях г. Уфы (июль 2014г., июнь 2015 г.). Учетные площадки были заложены в 4 биотопах: березово-дубовый лес, дубово-лещиновый лес, кленово-березовый лес, лещиновый лес. Для сбора мелких млекопитающих использовали ловушки Барбера - Гейлера с фиксирующим раствором (4% формалин). Данные ловушки рассчитаны на случайное попадание в них передвигающихся насекомых и мелких млекопитающих. Ловушки устанавливались в линию через 10 метров по равнобедренному треугольнику [8].

Верхний край ловчих ёмкостей находился на уровне почвы и не выступал над ним. Внутренние края ловчих ёмкостей были гладкими, чтобы попавшие внутрь насекомые и мелкие млекопитающие не смогли выбраться наружу. Забор мелких млекопитающих провели через 9 дней. Добытых зверьков подвергали стандартному зоологическому обследованию: определяли вид, пол, возраст, репродуктивный статус,

фиксировали экстерьерные и интерьерные показатели [1, 2, 4]. Относительную численность видов вычисляли соотношением количества видов к ловушко-суткам, а также индекс доминирования вида по отношению к другим видам мелких млекопитающих в %.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные по фаунистическим спискам, относительной численности и индексу доминирования видов по годам исследований приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Относительная численность и индекс доминирования мелких млекопитающих различных биотопов окрестностей г. Уфы за 2015 год

Вид	Биотоп			
	Березово-дубовый лес	Дубово-лещиновый лес	Кленово-березовый лес	Лещиновый лес
Полевка рыжая (<i>Clethrionomys glareolus</i> , Schreber)	-	0,07; 50	0,04; 100	-
Обыкновенная бурозубка (<i>Sorex araneus</i> L.)	0,04; 100	0,07; 50	-	0,04; 100

Таблица 2

Относительная численность и индекс доминирования мелких млекопитающих различных биотопов окрестностей г. Уфы за 2014 год

Вид	Биотоп			
	Луг злаково-разнотравный	Дубово-липовый	Липняк дубово-рябиновый	Урема ивово-кленовая
Полевка рыжая (<i>Clethrionomys glareolus</i> , Schreber)	0,03; 100	0,03; 20	-	0,03; 100
Мышь полевая (<i>Apodemus agrarius</i> Pallas)	-	0,06; 40	-	-
Обыкновенная бурозубка (<i>Sorex araneus</i> L.)	-	0,06; 40	-	-

Средняя бурозубка (<i>Sorex caecutiens</i> , Laxmann)	-	-	0,03; 100	-
--	---	---	-----------	---

В 2014 году было отловлено 8 экземпляров мелких млекопитающих на 457 ловушко-суток. В дубово-липовом лесу обнаружили мышшь полевую (*Apodemus agrarius*) ($n_{\text{относ}}=0,06$; ИД 40%), обыкновенную бурозубку (*Sorex araneus*) ($n_{\text{относ}}=0,06$; ИД 40%), рыжую полёвку (*Clethrionomys glareolus*) ($n_{\text{относ}}=0,03$; ИД 20%). В биотопах злаково-разнотравный луг и урема ивово-кленовая выявлена полёвка рыжая (*Clethrionomys glareolus*) ($n_{\text{относ}}=0,03$; ИД 100%), а в липняке дубово-рябиновом - средняя бурозубка (*Sorex caecutiens*) ($n_{\text{относ}}=0,03$; ИД 100%).

В результате анализа фауны мелких млекопитающих за 2014 в 4 биотопах окрестностей г. Уфы было собрано 7 экземпляров мелких млекопитающих на 108 ловушко-суток. В дубово-лещиновом лесу обнаружили обыкновенную бурозубку (*Sorex araneus*) ($n_{\text{относ}}=0,07$; ИД 50%), рыжую полёвку (*Clethrionomys glareolus*) ($n_{\text{относ}}=0,07$; ИД 50%). В биотопах березово-дубовый и лещиновый леса в ловушки пойманы обыкновенная бурозубка (*Sorex araneus*) ($n_{\text{относ}}=0,04$; ИД 100%), а в кленово-березовом лесу – рыжая полёвка (*Clethrionomys glareolus*) ($n_{\text{относ}}=0,04$; ИД 100%).

Наибольшее количество видов мелких млекопитающих наблюдали в дубняках: в 2015 году два вида, а в 2014 г. три вида.

Заключение. Численность – один из важнейших показателей состояния населения мелких млекопитающих. Суммарное обилие видов, составляющих сообщество, отражает сумму видовых реакций на комплекс внешних воздействий и характер межвидовых взаимодействий внутри сообществ. В лесных сообществах мелкие млекопитающие являются основными прокормителями кровососущих насекомых и клещей, природными резервуарами возбудителей таких опасных заболеваний как геморрагическая лихорадка, весенне-летний энцефалит и другие.

Выводы:

1. За период исследования биотопов окрестностей г. Уфы было выявлено 4 вида мелких млекопитающих, относящихся к 2 отрядам и 3 семействам.
2. Преобладание видов в 2014 году обусловлено большим количеством отработанных ловушко-суток и отловом в разнообразных местообитаниях.
3. Относительная численность микромаммалей в 2014 году составила 0,02, а в 2015 году – 0,06, что показывает рост численности в популяциях мелких млекопитающих.
4. Наибольшее количество видов встречено в дубняках.

Литература

1. Большаков В.Н. Млекопитающие Свердловской области: справочник-определитель Екатеринбург: Изд-во «Екатеринбург», 2000. 240 с.
2. Виноградов Б. С., Громов И. М. Краткий определитель грызунов фауны СССР. Л.: Наука, 1984-140 с.
3. Кислый А. А., Одинцева А. А., Одинцев О. А. Мелкие млекопитающие окрестностей города Тобольска // Омский научный вестник №1 (138) 2015 г. С. 157-160.
4. Клевезаль Г.А. Принципы и методы определения возраста млекопитающих. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2007. 283 с.
5. Сергеев В.Е. Эколого-эволюционные факторы организации сообществ бурозубок (Insectivora, Soricidae, Sorex) Северной Азии: Автореф. дисс. д-ра биол. наук / Новосибирск, 2003. 33 с.
6. Соколов Г.А. Охрана и рациональное использование природных ресурсов: учебное пособие / Красноярск, 2000. 96 с.
7. Шварц С.С. Общие закономерности, определяющие роль животных в биогеоценозах // Журнал общей биологии, 1967. – Т.28. - №5.
8. Barber H. S. Traps for Inhabiting // Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society. 1931. Vol. 46. P. 259-266/

УДК: 57.017.642: 577.213(04)

С.В.Габдуллина, А.Р.Хамидуллина

РЕДАКТИРОВАНИЕ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЭМБРИОНОВ

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет г. Уфа

Резюме. Исследования по изменению генома человеческих эмбрионов играет очень важную роль для изучения здоровых эмбрионов. К тому же это помогает нам стать ближе к пониманию ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) на начальных сроках развития. Большой процент жителей земли имеет генетические заболевания, связанных с эмбриональным развитием. Но если в будущем удастся редактировать гены у эмбрионов, эти проблемы будут решены. Это лишь вопрос времени.

Ключевые слова. Генетика, эмбрион, молекулярная биология, технология CRISPR/Cas9, ЭКО.

S.V.GABDULLINA, A.R.KHAMIDULLINA

MODIFYING THE EMBRYO GENOME

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Studies on the change of human embryos genome plays a very important role in the study of healthy embryos. In addition, it helps us become more closer to an understanding of IVF (in vitro fertilization) in the initial terms of development. A large percentage of the inhabitants of Earth has a genetic disease associated with embryonic development . But if in the future will be able to edit genes in the embryo , these problems will be solved . It depends on the time,

Key words. Genetics , embryo , molecular biology , technology CRISPR / Cas9, IVF .

Актуальность. В современном мире все большую распространенность приобретают генетические мутации, приобретаемые человеком в процессе онтогенеза. Это связано с возрастающим влиянием на человека производственной деятельности, химической промышленности, фармакологии, большой стрессовой нагрузки, влиянием различных канцерогенных и тератогенных веществ и др. В результате вредоносных воздействий человек накапливает мутации, передает их по наследству. При экспрессии генов возникают сбои, проявляющиеся нарушением биосинтеза компонентов клеток, тканей, органов. Патология строения приводит к патологии функционирования организма, что ведет к патологическим состояниям и различным заболеваниям.

Цель работы. Передать необходимость развития генной инженерии, которая стремится к решению многих проблем, в частности: редактирование генома эмбрионов, устранение последствий мутаций и, как следствие, патологических состояний, к которым они приводят. Рассмотреть технологию редактирования генома человека по системе CRISPR/Cas9 и выяснить как действует новая система.

Материалы и методы: В ходе исследования использовался материал из журналов *Protein & Cell* и *Nature*.

В Великобритании министерство здравоохранения дало первое согласие на изменение генома человеческих эмбрионов для исследовательских изучений. Разрешение получила группа из Института Френсиса Крика, руководителем которой является биолог Кети Никен (Kathy Niakan). Как известно, это стало вторым случаем в мире, где разрешены такие эксперименты. Ранее было известно, что редактирование человеческого генома проводится в Китае.

По принятому решению министров комитета HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority – Управление по эмбриологии и искусственному оплодотворению), редактирование генома будет осуществляться с дополнительными эмбрионами, которые будут создаваться, но не использоваться во время процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В наше время эти эмбрионы просто уничтожают.

Ученые должны применять измененные эмбрионы лишь для начальных исследований - имплантировать их суррогатной матери не будет возможным. Вместе с тем, на изучение будет дано ограниченное количество времени - эмбрионы могут быть использованы только в течение 14 дней, после чего они будут уничтожены.

В постановлении комиссии говорится об определенной технологии редактирования генома, а именно системе CRISPR/Cas9. Изначально данная система была открыта как устройство бактериального иммунитета супротив вирусной ДНК.

В данный момент ее составляющие обширно используются для изменения генома, в том числе генома клеток человека. Но до последнего дня речь шла лишь о геноме отдельных (соматических) клеток, к примеру клеток сетчатки или стволовых клеток, употребляемых для инъекции.

В апреле 2015 года вышла статья в журнале *Protein & Cell* про технологию CRISPR/Cas9 для трансформации зародышей человека. Впервые ее использовали ученые из Института Сунь Ятсена в Гуанджоу.

Результаты исследования. На начальном этапе исследователи брали 86 оплодотворённых яйцеклеток. После эксперимента выжила только 71. Стало известно, что только в 50% случаев Cas9 обнаружил и внес разрыв в необходимом участке ДНК. К тому же

лишь в нескольких случаях данный разрыв был благоприятно заменен нужной последовательностью. Ученые считают, что нужны дополнительные изменения, которые должны стать эффективной процедурой для изменения эмбрионов.

Данная новость о разрешении генетических экспериментов на человеческих зародышах вызвала резонанс в обществе по всему миру. Комментарии по данному вопросу дал профессор Константин Северинов, специалист в области молекулярной биологии.

-Что значит изменение генома эмбрионов человека и с какой целью нужны все эти исследования? Благодаря защитным механизмам CRISPR-Cas, которые состоят из белковой части и РНК, бактерии борются с вирусами. Это происходит благодаря тому, что белок нуклеиновой кислоты обращается точно к соответствующему ДНК, расщепляя цепочки ДНК в нужном месте.

Идея такая: мы вводим бактериальный белок Cas9 в клетку интересующего нас организма, и CRISPR РНК, которая соответствует интересующему участку ДНК, гену этого организма. Белок Cas9, «направляемый» молекулой РНК, находит соответствующее этой РНК место в ДНК и расщепляет его.

Больше ничего не требуется. Потому что клетки высших организмов, в частности человека, содержат два набора хромосом от родителей, и каждый ген, следовательно, присутствует в двух копиях. И если в одной копии произошел разрыв молекулы ДНК, она «автоматически» залечится по здоровой копии.

Выходит, что данная система, которая создана для борьбы бактерий с вирусами, так же может быть пригодна и для изменения любого участка ДНК в организме.

Представим ситуацию: в одной копии гена произошло повреждение, что приводит к его мутации, то есть к изменению последовательности ДНК, а другая копия остается нормальной. В этом случае мы с помощью CRISPR/Cas9 технологии (редактирования генома) можем внести раскус в плохую копию гена (просто соответствующую CRISPR РНК применить, для того чтобы запрограммировать Cas9 белок связаться именно с копией гена с измененной последовательностью ДНК), и после того как в эту ДНК будет введен раскус, клетка уже сама по себе, без всякого дополнительного воздействия, залечит его, используя в качестве матрицы «хорошую» копию. При этом произойдет редактирование – «плохая» последовательность ДНК с мутацией, приводящей к какому-либо дефекту, окажется замененной на функциональную.

Если после опытов на эмбрионе его подсадить к суррогатной матери, после чего родится ребенок, возникнет огромное количество проблем, ведь никто не спрашивал его мнения и разрешения по поводу опытов, проводимых над ним. Как обеспечить безопасность данных опытов и кто будет виноват при неблагоприятных последствиях? Соответственно,

опыты над человеческими эмбрионами долгое время были под запретом. Сейчас этот запрет сняли, но имеется строжайшее регулирование.

Заключение. Споры с точки зрения этических норм работы с эмбрионами или их клетками стоят с конца прошлого века. Это связано со стремительным развитием технологии эмбриональных стволовых клеток.

Опыты показали, что кроме исправления нужного дефекта, индуцируются мутации в других местах, т.к. РНК-белковый комплекс CRISPR/Cas9 допускает ошибки, узнает и раскусывает не только те участки, в которые вы хотели его направить. Но это вопрос улучшения технологии, который сейчас решается.

Становится очевидным, что огромное количество людей имеют массу проблем со здоровьем в результате дефектов генов, связанных с эмбриональным развитием. Но если на стадии эмбрионального развития изменить поврежденные участки генов, можно будет, с высокой долей вероятности, решить эти проблемы. Это благое дело будет введено в практику-это лишь вопрос времени.

Литература

1. Журнал Protein & Cell.
2. Журнал Nature.

УДК 5.57.024

А.И. Вяткина, Ф.Ф. Мусыргалина, Немов А.В.

АСПЕКТЫ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УЛЬТРАЗВУКА

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. Ультразвуковые отпугиватели не причиняют вреда грызунам, и поэтому являются самым гуманным средством борьбы.

Ключевые слова: ультразвуковые колебания, пьезоэлемент, борьба с крысами, ультразвуковой отпугиватель.

A.I. Vyatkina, F.F. Musyrgalina, A.V. Nemov

**ASPECTS OF THE BEHAVIOUR OF RATS UNDER THE INFLUENCE OF
ULTRASOUND**

Biology Department, Baschkir State Medical University, Ufa

Resume. Ultrasonic repellents do not harm rodents, and are therefore the most humane way to fight.

Keywords: ultrasonic vibration, piezoelectric element, struggle with rats, ultrasonic repeller.

Актуальность: мышевидные грызуны – многочисленная группа мелких, а иногда и средней величины грызунов, насчитывается около 1500 видов. К ним относят хорошо известных всем домашних мышей, крыс, хомяков, полевок (они похожи на мышей, но отличаются более коротким хвостом). Большинство мышевидных грызунов очень плодовито. Вследствие своей многочисленности они имеют большое значение в природе и хозяйстве человека. Одни грызуны (белка, ондатра) ценятся как пушистые животные, другие (некоторые мышевидные грызуны) служат основной пищей ценным пушным зверям. Многие грызуны (малый суслик, обыкновенная полевка) наносят ущерб посевам зерновых культур, домовые крысы и мыши уничтожают и портят запасы продуктов на складах и в жилых помещениях. Лесные мыши в питомниках и на лесопосадках поедают семена и всходы ценных пород деревьев.

Очень велика роль грызунов в распространении многих опасных заболеваний человека и домашних животных. Непосредственно при контакте с грызунами или через поврежденные ими продукты человеку могут передаваться инфекционные болезни. Мышевидные грызун, суслики и некоторые другие представители этой группы болеют чумой, энцефалитом и другими болезнями, которые могут передаваться человеку кровососущими членистоногими (например, блохами, клещами).

В биологической литературе прошлых лет почти всех грызунов описывали как злостных вредителей сельского хозяйства, леса и как существ, достойных только уничтожения любыми средствами. В течение многих десятилетий огромные суммы выделялись на уничтожение грызунов под лозунгом борьбы с чумой и охраны посевов. В «битве за урожай» применялись даже боевые отравляющие вещества.

Несмотря на кажущуюся эффективность химических методов борьбы с крысами и мышами, недостатков у них множество: ядовитые приманки часто съедают не только вредители, но и домашние животные, а иногда и маленькие дети; кошки и собаки нередко травятся, пробуя на вкус погибших зверьков: в трупке концентрация яда достаточно высока; при опылении ядохимикаты попадают не только на шкурку грызунов, но и на продукты питания, на шерсть кошек и собак, разносятся по всем окрестностям. В результате, страдают сами люди, домашние любимцы, зверьки, обитающие рядом с домом и т.п.

Газация может применяться для борьбы с крысами и мышами только в промышленных районах и требует тщательной, дорогостоящей подготовки (полная остановка производства, вывод людей из здания, герметизация)

Эти методы позволяют уничтожить какую-то часть грызунов, но на место погибших вредителей быстро приходят новые, что вынуждает вести с ними бесконечную изматывающую борьбу.

То, что ультразвук активно воздействует на биологические объекты (например, убивает бактерии), известно уже более 70 лет. Учеными было установлено, что ультразвуковые волны определенной частоты воспринимаются грызунами крайне негативно. Они вызывают у них чувство угнетения, страх, определенного рода болевые ощущения. В большом числе случаев в условиях воздействия ультразвука даже такой процесс, как размножение грызунов, крайне затруднен. Вместе с тем влияние таких волн никак не способствует массовой или единичной гибели грызунов, что делает применение ультразвуковых отпугивателей наиболее гигиеничным методом борьбы с крысами и мышами.

Цель работы: Изучить свойства ультразвука и применить его в качестве орудия воздействия на грызунов.

Задачи: изучить свойства ультразвука, получить ультразвук; изучить поведение грызунов под влиянием ультразвука; предложить вариант установки по отпугиванию грызунов.

Материалы и методы: Для получения звуковых колебаний использовался школьный генератор ультразвуковых колебаний с диапазоном до 200 КГц с применением пьезоэлемента от музыкальной открытки. Испытуемыми объектами являлись четыре крысы (две самки и два самца). В качестве испытательного полигона использовались три коробки,

закрытые сверху стеклом и они были соединены между собой пластиковыми прозрачными трубами диаметром 10 см, длиной 120 м. В первую коробку поместили пьезоэлектрический преобразователь, подключенный к генератору, еду для крыс (пшеницу) и воду, крыс – в третью коробку. Поведение крыс наблюдали в течение восьми дней, через каждые два дня увеличивая диапазон звуковых колебаний. Когда крысы по трубам перешли в первую коробку, включали ультразвук на 6 часов. В первые два дня подавали звуковые колебания в диапазоне 10 – 40 кГц и 20 – 50, 30 – 60, 40 – 70 кГц на третий-четвертый, пятый-шестой, седьмой-восьмой дни, соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение: в первые два дня, при включении ультразвука, крысы начинают обращать на него внимание и после нескольких попыток подбежать поближе, прячутся во втором ящике, переходя туда через трубу. Через некоторое время выходят снова в первый ящик за едой. К концу дня, через 3 – 4 часа после включения ультразвука, крысы начинают беспокоиться, активно двигаться, не контактируют друг с другом и убегают через трубы в третий ящик и сидят там в оцепенении. После отключения ультразвука через 40 – 45 минут они приходили в обычное состояние и возвращались в первый ящик за едой.

В последующие дни по мере увеличения мощности звуковых колебаний у испытуемых постепенно теряется инстинкт самосохранения, они перестают бояться людей, между ними наблюдались конфликты и стычки. На седьмой-восьмой день испытания (при увеличении мощности звуковых колебаний до 40 – 70 кГц) крысы начали подпрыгивать на ровном месте, промахиваясь мимо прохода в трубу, биться об стенку ящика. Все крысы собираются в третьем ящике, начинают искать и разведывать любую щель, куда можно просунуться и скрыться от этого звука. Из-за малого приема пищи, грызуны ослабевают, лежат «опьяненные» на дне ящика.

Закключение и выводы: ультразвук вызывает у грызунов чувство тревоги и дискомфорта, и поэтому они пытаются покинуть место, где работает отпугиватель. Ультразвуковые отпугиватели не причиняют вреда грызунам, и поэтому являются самым гуманным средством борьбы с ними.

Литература

1. Агранат Б.А., Основа физики и техники ультразвука. – М.: Высшая школа, 1987.
2. Балдаев Р., Применение ультразвука. – М.: Издательство Техносфера, Паланичами, 2006.

3. Большой энциклопедический словарь. Биология. -М.: Большая Российская энциклопедия, 1999.
4. Курченко С.И., Юный натуралист. -М.: Аванта +, 1991
5. Розенберг Л.Д., Источники мощного ультразвука. -М.: Наука, 1969.
6. Шутилов В.А., Основы физики и техники ультразвука. -М.: Ленинградский университет, 1980.
7. <http://ru.wikipedia.org>
8. http://www.krugosvet.ru/enc/nauka_i_tehnika/fizika/ULTRAZVUK.html
9. <http://slovari.yandex.ru/>
10. <http://grizun-off.ru/ultrazvuk-protiv-gryzunov.html>

УДК 579.674

А.И. Вяткина, Л.М. Рафикова, М.М. Туйгунов, А.В.Немов

**МИКРОФЛОРА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ
ИСПОРЧЕННОСТИ ФРУКТОВ**

**Кафедра микробиологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме: Пищевые продукты являются самым сложным объектом в санитарной микробиологии. Это объясняется не только разнообразием и обилием микрофлоры в продуктах, но также использованием микроорганизмов в производстве многих продуктов и, к сожалению, отсутствием полноценных методик выявления микробов [6].

Многие пищевые продукты характеризуются обильной сапрофитной микрофлорой. Присутствие ее обуславливает биоценотические взаимосвязи, осуществляющиеся в продуктах [4].

Как известно человек не может обойтись без фруктов и овощей. Но иногда их качество может вызвать сомнение. Не всегда привлекательный вид является показателем хорошего состояния продукта.

Наиболее часто фрукты и овощи подвергаются гниению, что может подтвердить или опровергнуть напряжение в них [1].

В своих исследованиях мы решили проверить, могут ли овощи и фрукты стать источниками энергии на разных стадиях свежести и как меняется степень микробной обсемененности и электропроводность в свежих и гнилых фруктах.

Ключевые слова: Сапрофитная микрофлора, общее микробное число, степень электрического напряжения

A.I. Vyatkina, L.M. Rafikova, M.M. Tuigunov, A.V.Nemov

MICROFLORA FOOD AND DETERMINATION OF DEGREE SPOILED FRUIT

Department of microbiology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Food is the most complex object in the sanitary microbiology. This is due not only to the diversity and abundance of flora in the products, but also the use of microorganisms in the production of many products, and, unfortunately, the lack of full-scale methods to identify microbes.

Many food products are characterized by abundant saprophytic microflora. Its presence makes biocenotic relationship, carried out in the products [4].

As you know people can not do without fruits and vegetables. But sometimes their quality can cause doubt. It is not always an attractive appearance is an indication of a good product state.

Most fruits and vegetables are often exposed to rotting, which may confirm or refute the tension in them. [1]

In their studies, we decided to check whether the vegetables and fruits become sources of energy at different stages of freshness and how the level of microbial contamination and electrical conductivity in fresh and rotten fruit.

Keywords: Saprophytic microflora, total bacterial count, the degree of voltage

Актуальность: Определяется проблемой сохранения здоровья человека, так как ежегодно в Российской Федерации официально регистрируется около 600 000 -700 000 случаев кишечных инфекций с пищевым путем передачи.

Микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, поступающие с пищей, - это не только полезные и необходимые для нормальной жизнедеятельности компоненты. Постоянными спутниками человека являются и загрязнители микробной природы, как сами живые сапрофитные, патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, так и их токсины и факторы патогенности, наносящие вред здоровью и двойкий экономический ущерб за счет расходов на лечение и оплату временной нетрудоспособности вследствие пищевых отравлений и острых кишечных инфекций и за счет порчи продуктов.

Присутствие некоторых сапрофитов способствует развитию биохимических процессов, которые могут быть закономерными для пищевого продукта и обуславливают его качество и нередко сохраняемость антагонистического действия сапрофитов против патогенных бактерий, попадающих в продукты.

Цель исследования:

1. Определить общее микробное число (ОМЧ) бактерий в 1 грамме продукта как показатель загрязнения пищевых продуктов;
2. Выявить роль сапрофитной микрофлоры в развитии процессов заболевания и порчи продуктов;
3. Изучить свойства полученного напряжения и тока во фруктах на различных стадиях гниения и проанализировать электропроводность фруктов.

Материалы и методы:

Исследования проводились на кафедре микробиологии, вирусологии в 2015-2016 году. Для исследования брали образцы фруктов без признаков гниения (свежие) и с признаками порчи в виде гнили (яблоки, лимоны, апельсины).

Мы проводили определение общего микробного числа (ОМЧ) бактерий в 1 грамме продукта по общепринятой методике санитарно-микробиологического исследования пищевых продуктов [9]. Проводили подсчет колоний после 48 часов инкубации в термостате.

В ходе физического эксперимента были взяты две пластинки: медная и железная - они служат электродами. К каждому из электродов предварительно прикрепляем по проводку. Присоединяем контакты тестера к медному и железному электроду. Прибор покажет напряжение. Чтобы измерить напряжение, необходим вольтметр, для этих целей вполне подойдет цифровой (или аналоговый) тестер. Мы измерили мультиметром силу тока в свежих и гнилых плодах при помощи электродов (медный и железный), погружая их на глубину 2 см., расстояние между которыми было не более 2 см.

Сок фруктов и овощей содержит растворенные электролиты - соли и органические кислоты. Их концентрация не очень высока, но этого вполне достаточно.

Результаты и обсуждение:

Давно известно, что все плоды растений представляют собой открытые системы биологического происхождения сложного физико-химического состава с характерными особенностями функционирования в течение всего их развития и хранения.

В результате микробиологического исследования мы выявили, что общее микробное число в гнилых фруктах превышало количество микроорганизмов в свежих фруктах.

Таблица 1

Критерии оценки общей микробной обсемененности фруктов (ОМЧ)		
Фрукты	Свежие	Гнилые
1.Яблоко	950	1200
2.Лимон	426	622
3.Апельсин	48	63

При этом физический эксперимент показал, что существует четкая зависимость между свежестью продукта и степени электрического напряжения в нем. Так, было выявлено понижение напряжения и электропроводности в свежих фруктах и повышение напряжения и электропроводности в гнилых.

Таблица 2

Зависимость между свежестью продукта и степенью электрического напряжения

Фрукты	Свежие	Свежие	Гнилые	Гнилые
	От $U1$, м/В	До $U2$, м/В	От $U1$, м/В	До $U2$, м/В
1.Яблоко	978	981	989	1007
2.Лимон				

	948	954	969	978
3.Апельсин	922	927	933	939

Заключение и выводы:

1. Величины силы тока и напряжения связаны с кислотностью продукта и со степенью его испорченности.

2. Процесс гниения фруктов сопровождается бурным развитием сапрофитной микрофлоры, продукты жизнедеятельности которой увеличивают кислотность продукта.

3. Метод можно использован для определения степени испорченности фруктов и овощей.

Литература

1. Артамонов В.И. Занимательная физиология растений –М.:-Агропромиздат, 2000. – 336 с.
2. Кац Ц.Б. Биофизика на уроках физики. – М.: Просвещение, 1974. – 235 с.
3. Красновский А.А. Преобразование энергии света при фотосинтезе – Саранск, 2003. – 223 с.
4. Коротяев, А. И. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология: учебник для мед. вузов / под ред. А. И. Коротяева. - 2-е изд., испр. - СПб. : СпецЛит, 2000. - 591 с. - (Учебная литература для студентов).
5. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология : учебник для студентов мед. вузов / под ред. А. А. Воробьева. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : МИА, 2012. - 702 с.
6. Санитарная микробиология и вирусология. /З. Н. Кочемасова, С. А. Ефремова, А.М. Рыбакова – М.: Медицина, 1987. - 352 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).

УДК 615.334:579.862.1

В.А. Волкова, А.Г. Тимофеева

**АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Кафедра Микробиологии и вирусологии

Резюме: В данной статье мы исследовали резистентность Streptococcus pneumoniae к различным видам антибиотиков.

Ключевые слова: антибиотикотерапия, пневмония, пневмококк.

V.A.Volkova, A. G. Timofeeva

**ANTIBIOTIC THERAPY FOR TODDLER AND EARLY CHILDHOOD CHILDREN
WITH PNEUMONIA**

Bashkir State Medical University, Ufa

Department of Microbiology and virology

Abstract: In this article we have considered resistance of Streptococci pneumoniae to different types of antibiotics.

Keywords: antibiotic therapy, pneumonia, Streptococcus pneumoniae.

Актуальность: По данным ЮНИСЕФ, от пневмонии ежегодно умирают 3 миллиона детей во всём мире. Несмотря на то, что большинство смертельных исходов приходится на развивающиеся страны, пневмония остаётся одной из основных проблем в развитых странах. Данное заболевание может возникнуть в любом возрасте, но наиболее ему подвержены пожилые люди и дети в силу пониженного иммунитета. Пневмония составляет 13% среди инфекционных заболеваний у детей до двух лет [7].

Внебольничная пневмония имеет, как правило, бактериальную этиологию. В большинстве случаев возбудителями пневмонии являются Streptococcus pneumoniae (в 30-50% заболеваний), Haemophilus influenzae (в 10% заболеваний). Реже (до 5% случаев) пневмонию вызывают: Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Chlamidophila pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila Pneumophila [5]. Среди патогенов, характерных для детского возраста, чаще выделяется пневмококк. Бактериологическое обследование 48 детей, выполненное проф. Малаховского Ю.Е. и Лютиной Е.И., показало, что среди 88,6% у 78,8% обнаружился S. pneumoniae [3].

Антибиотикотерапия показала, что большинство пневмококковых штаммов чувствительны к пенициллину. В первую очередь при неосложнённой форме внебольничной пневмонии у детей используются высокие дозы амоксициллина, а также цефалоспорины и макролиды [4]. Но в связи с повышением резистентности пневмококков к пенициллину, препараты выбираются на основе чувствительности [7]. Есть два вида современных методов определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам: методы серийных разведений и диффузные [7].

Антибиотики группы пенициллинов классифицируются на природные и полусинтетические пенициллины (действующие на грамположительные бактерии, широкого спектра действия). Полусинтетические антибиотики широко распространены, так как имеют меньшее токсическое влияние на организм, возможность применения в высоких дозах, в процессе лечения приобретают медленную устойчивость к ним микроорганизмов, являются ингибиторами синтеза микробной клетки [2].

В возрасте от 6 месяцев до 6-7 лет при выборе стартовой антибактериальной терапии различают 3 группы больных: больные нетяжёлой пневмонией; больные тяжёлой пневмонией и больные имеющие другие заболевания, утяжеляющие прогноз заболевания; больные тяжёлой пневмонией с высоким риском неблагоприятного исхода.

Больным нетяжелой пневмонией целесообразно назначение антибактериальных препаратов внутрь. Могут быть использованы амоксициллин, амоксициллин + клавулановая кислота или цефуроксим. В некоторых случаях оправдан ступенчатый метод проведения терапии, когда в первые 2-3 суток лечение проводят парентерально, а затем тот же антибиотик назначают внутрь. Лечение нетяжелой пневмонии можно проводить азитромицином (действует на *H. influenzae*). Другие макролиды могут быть для этой группы больных альтернативными препаратами при непереносимости бета-лактамов антибиотиков, при неэффективности препаратов выбора в качестве альтернативы используют цефалоспорины III поколения. Больным с тяжелой пневмонией и пневмонией на фоне сопутствующих заболеваний показано парентеральное введение антибиотиков или использование ступенчатого метода введения препаратов - амоксициллин + клавулановая кислота, цефуроксим или цефтриаксон, цефотаксим. Альтернативные препараты при неэффективности стартовой терапии - цефалоспорины III или IV поколения, карбапенемы. Пациентам с высоким риском неблагоприятного исхода показано назначение антибактериальной терапии по деэскалационному принципу: в качестве стартового препарата используется линезолид отдельно или в комбинации с аминогликозидом, или комбинацию гликопептида с аминогликозидами, или цефалоспорины III или IV поколения с

аминогликозидом. Альтернативная терапия — карбапенемы, тикарциллин + клавулановая кислота [4].

Цель данного исследования – изучить устойчивость штаммов *Streptococcus pneumoniae* к различным видам антибиотиков.

Материал и методы исследования. Для диагностики пневмококковой внебольничной пневмонии используются культуральные и некультуральные методы исследования. Материалами для исследования служат мокрота, венозная кровь, плевральная жидкость. При исследовании мокроты мазок окрашивается по Грамму; микроскопируются минимум 20 полей зрения, в каждом из них должно быть более 25 сегментоядерных лейкоцитов, но не более 10 эпителиальных клеток. При последующей иммерсионной микроскопии можно обнаружить грамположительные кокки или ланцетовидные диплококки, размерами 0,5-1,25 мкм. Исследуя плевральную жидкость, проводят бактериоскопию мазка, окрашенного по Грамму.

Следующий этап – выделение *S.pneumoniae* на обогащённых кровью животных питательных средах или на шоколадном агаре. Так как пневмококк является факультативным анаэробом, инкубацию производят с повышенным содержанием углекислого газа. Для культурального исследования крови используют коммерческие флаконы с питательными средами. Последующая дифференциация пневмококков обуславливается их чувствительностью к оптохину. Однако в связи с возможным повышенным сопротивлением *S.pneumoniae* к оптохину, возникает необходимость прибегать к иным методам дифференциации: тесту Нейфельда или реакции агглютинации с диагностическими сыворотками.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов исследования антибиотикочувствительности 14 штаммов *S.pneumoniae*, выделенных из клинического материала пациентов (детей младшего возраста) с заболеваниями органов дыхания: 5 штаммов у детей при бронхо-легочной патологии и 9 – у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, ринит), у одного пациента с гнойным воспалением миндалин был выделен *S.pyogenus*. Для определения антибиотикочувствительности были использованы антибиотики, представленные в таблице, в соответствии с рекомендациями МУК 4.23115-13[3]. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Определение устойчивости штаммов *St.pneumoniae* и *St.pyogenus* к различным антибиотикам

Группа антибиотиков	Название антибиотика	Устойчивость к антибиотикам* в %		
		S.pneumoniae (выделен из мокроты)	S.pneumoniae (выделен из зева)	S.pyogenus
β-лактамные антибиотики	Бензилпенициллин	у - 50 ч - 50	у - 50 уу - 50	у
	Цефтриаксон	у - 50 ч - 50	-	у
	Цефуроксим	у - 25 ч - 75	-	у
	Цефотаксим	уу - 25 ч - 75	у - 28,6 ч - 71,4	у
	Оксациллин	у - 66,67 ч — 33,33	у - 100	у
Аминогликозиды	Гентамицин	у - 60 ч - 40	у - 50 уу - 33,33 ч - 16,67	у
	Амикацин	ч - 100	у - 100	-
Макролиды	Кларитромицин	ч - 66,67 уу - 33,33	у - 100	у
	Эритромицин	ч - 100	-	-
	Левифлоксацин	уу - 33,33 ч - 66,67	у - 100	-
	Ципрофлоксацин	у - 100	-	-
	Моксифлоксацин	у - 100	-	-

Примечание: * - у – устойчивые, уу – умеренно устойчивые, ч - чувствительные

Установлено, что к бензилпенициллину устойчивы 50% штаммов, выделенных из мокроты, в то время как 50% - чувствительны. Штаммы, выделенные из зева, в 50% случаев проявили полную устойчивость к бензилпенициллину, а в 50% - умеренную. К цефтриаксону 50% исследуемых штаммов, выделенных из мокроты, были устойчивы, а 50% - чувствительны. Отмечается также пониженная чувствительность *St.pneumoniae* к оксациллину (66,67, выделенных из мокроты, и 100%, выделенных из зева, оказались устойчивы), к гентамицину (60%, выделенных из мокроты, и 50%, выделенных из зева, оказались устойчивыми, а 33,33%, выделенных из зева - умеренно устойчивыми). К

цефуроксиму в 25% случаев штаммы были устойчивы, а в 75% - чувствительны. К цефотаксиму 25% штаммов, выделенных из мокроты, проявили умеренную устойчивость, а 75% - чувствительность, и 28,6% штаммов, выделенных из зева, проявили устойчивость, а 71,4 – чувствительность. К амикацину 100% штаммов, выделенных из мокроты, были чувствительны, а 100% штаммов, выделенных из зева – устойчивы. Также 100% штаммов, выделенных из зева, были устойчивы к кларитромицину, в то время как выделенные из мокроты только в 33,33% были умеренно устойчивы (66,67% - чувствительны). К эритромицину 100% штаммов, выделенных из зева, были чувствительны, к левофлоксацину – 33,33% умеренно устойчивы, а 66,67 – чувствительны. Однако 100% штаммов, выделенных из зева, оказались устойчивы к левофлоксацину. К ципрофлоксацину и моксифлоксацину 100% штаммов, выделенных из мокроты, были устойчивы. *S.pyogenus* проявил устойчивость к исследуемым антибиотикам. Полученные данные свидетельствуют о понижении эффективности антибиотиков, таких как бензилпенициллин, цефтриаксон, оксациллин, гентамицин и моксифлоксацин, при лечении стрептококковой пневмонии.

Сравнительная оценка устойчивости штаммов *St.pneumoniae* к бензилпенициллину, цефотаксиму, оксациллину и гентамицину на рис. 1.

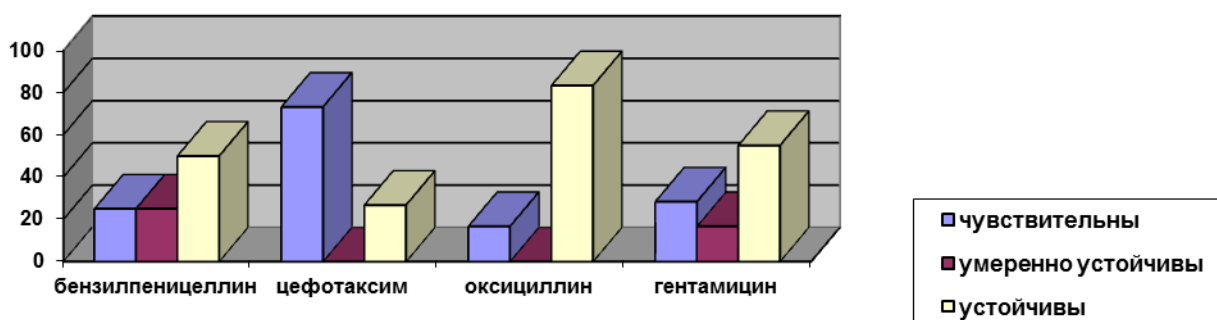


Рис. 1 Сравнительная оценка устойчивости штаммов *St.pneumoniae* к бензилпенициллину, цефотаксиму, оксациллину и гентамицину

Как мы можем наблюдать, наибольшую устойчивость *St.pneumoniae* проявил к оксациллину, наибольшую чувствительность – к цефотаксиму.

Таким образом, результаты наших исследований показали, довольно высокую устойчивость *St.pneumoniae* к пенициллину и другим β-лактамным антибиотикам, что согласуется с данными отечественных и зарубежных исследователей [2,8].

Выводы: 1. Анализ чувствительности бактерий к антибиотикам разных классов показал, что в 50% случаев штаммы были устойчивы к бензилпенициллину, а в 25% - проявляли умеренную устойчивость, в 25% случаев были чувствительны. К цефтриаксону 50% штаммов были чувствительны, а 50% - устойчивы, к цефуроксиму - 75% чувствительны, а 25% устойчивы, к цефотаксиму - 14,3% устойчивы, 12,5% - умеренно устойчивы, 73,2% -

чувствительны. К оксациллину 83,4% оказались устойчивыми, а 16,6% - чувствительными. К гентамицину 55% штаммов оказались устойчивыми, 16,7% - умеренно устойчивыми, 28,3% - чувствительными. К амикацину 50% штаммов проявили чувствительность, а 50% - устойчивость, к кларитромицину - 50% проявили полную устойчивость, 16,7% - умеренную, а 33,3% проявили чувствительность. К эритромицину были чувствительны 100% исследуемых штаммов. К левофлоксацину были устойчивы 50% штаммов, умеренно устойчивы - 16,7%, чувствительны - 33,3%. К ципрофлоксацину и моксифлоксацину 100% штаммов проявили устойчивость.

2. Практически все штаммы *St.pneumoniae*, выделенные из мокроты пациентов, проявили чувствительность к цефуроксиму, цефотаксиму, кларитромицину, эритромицину, амикацину.

3. Для лечения бронхолегочной патологии у детей младшего возраста, необходимо назначать антибиотикотерапию только после выявления антибиотикочувствительности штамма пневмококка, выделенного из клинического материала пациента.

Литература

[1] <http://humbio.ru/humbio/ped/0001de30.html>

[2] Антибактериальная терапия пневмонии у детей, В.К.Таточенко, Е.В.Середа, А.М.Федоров, Л.К.Катосова, Г.А.Самсыгина, Г.М.Дементьева, Л.С.Страчунский, Л.Пжаркова

[3] Лабораторная диагностика внебольничных пневмоний, методические указания, МУК 4.23115-13. Москва 2014г.

[4] Новые подходы к антибактериальной терапии острой внебольничной пневмонии у детей Лютина Е.И., автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Красноярск, 1992 г.

[5] Пневмонии у детей С.Ю. Каганова, Ю.Е. Вельтищева Москва «Медицина» 1995

[6] Разработка способов молекулярно-генетической качественной и количественной детекции возбудителей внебольничной пневмонии, автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Мирсаяпова И.А., Уфа, 2012 г.

[7] <http://emedicine.medscape.com/article/967822-overview>

[8] "Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия", Д.Дж. Дикема, А.Б. Бруггемани, Г.В. Доэрн1, журнал Том 3 №2, 2001 г.

УДК 58.084.1

Т.Н. Васильева, С.О.Шавкова, Р.И. Султанова, Д.Н. Куватова
КЛОНИРОВАНИЕ РАСТЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Башкирский государственный медицинский университет г. Уфа

Резюме. В статье приводится описание редкого способа размножения (клонирование) растений. История клонирования уходит в 1922 год, когда американский исследователь В. Роббинс в течение нескольких недель смог культивировать корневые меристемы томатов. В 2015 году в Башкирском государственном университете (БГУ) впервые в Республике Башкортостан (РБ) открылась научная лаборатория репродуктивной биологии и клонирования растений. Особый интерес вызывает в данной лаборатории микроклональное размножение исчезающих видов растений, которые включены в Красную книгу РБ. Микроклонирование растений, как способ сохранения редких растений Республики Башкортостан, действительно может осуществиться при особых условиях. На сегодняшний день клонирование является самым надёжным способом размножения редких и вымирающих растений.

Ключевые слова: клонирование, микроклональноеразмножение, Республика Башкортостан, клонирование растений, репродуктивная биология.

T.N. Vasilyeva, S.O.Shavkova, R.I. Sultanova, D.N.Kuvatova

CLONING OF PLANTS IN BASHKORTOSTAN

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The article describes a rare breeding process (cloning) plants. The history of cloning goes to 1922 , when an American researcher W. Robbins for a few weeks was able to cultivate the root meristem of tomato . In 2015, the Bashkir State University (BSU) for the first time in the Republic of Bashkortostan (RB) has opened a scientific laboratory of reproductive biology of plants and cloning. Of particular interest is in the laboratory of micropropagation of endangered plant species, which are included in the Red Book of the Republic of Bashkortostan. Mikroklonirovanie plants as a way to save rare plants of the Republic of Bashkortostan , can actually carry out under special conditions. Today, cloning is the most reliable way of breeding rare and endangered plants.

Keywords: cloning, micropropagation, Republic of Bashkortostan , plant cloning, reproductive biology.

Актуальность: В свете крайне неблагоприятной экологической ситуации в Республике Башкортостан (РБ), когда вымирают целые виды растений и животных, клонирование, остается последней надеждой на спасения и возрождения жизни. При нынешней средней скорости вымирания 40 видов в день необходимо лишь 16 тыс. лет, чтобы исчезло 96% современной биоты[6,9]. Наступление техногенной революции повлекло за собой загрязнение воздуха, воды, почвы. Неконтролируемое вырубание лесов ради сельского хозяйства и промышленных нужд привело к бесследному исчезновению многих видов растений и животных. Возможность воссоздать и размножить последний вид куста или дерева предоставляет на сегодняшний день только клонирование растений.

Цель работы: Изучить редкий способ размножения (клонирование) растений. Описать условия для размножения растений. Определить роль регенерации растений путем соматического эмбриогенеза.

Материалы и методы: Изучение литературных источников. Эксперимент, наблюдение

Результаты и обсуждения: Клонирование (англ. *cloning* от др.-греч. κλών – «веточка, побег, отпрыск») – в самом общем значении – точное воспроизведение какого-либо объекта любое требуемое количество раз. Объекты, полученные в результате клонирования (каждый по отдельности и вся их совокупность) называются клоном[5,8].

Если посмотреть историю клонирования в 1922 году американскому исследователю В. Роббинсу удалось в течение нескольких недель культивировать корневые меристемы томатов. В 30-х гг. XX века во Франции ученому Р. Готре и американцу Ф. Уайту удалось составить сложные искусственные питательные среды, обеспечивающие самостоятельное развитие кусочков некоторых растительных тканей (эксплантатов). С 1940 года разработаны составы питательных сред, изучено значение микро- и макроэлементов для поддержания нормальной ростовой активности тканей, определено влияние витаминов и стимуляторов. В 1958 году американский ученый Ф. Стюард, работая с культурой изолированной флоэмы моркови, получил из нее целые растения. В 1984 году в лаборатории Бутенко Раисы Георгиевны были разработаны методы получения безвирусных растений из меристематических тканей. На сегодняшний день процессы, связанные с размножением растений отводками и черенками, стали называть клонированием растений. Вегетативные способы размножения (в частности, черенкование) имеют ряд преимуществ относительно семенного способа, но для многих растений традиционные вегетативные способы размножения малоэффективны. Например, сирень, а так же многие взрослые растения плохо или совсем не поддаются размножению путем отделения их части. Попытка свести черенкование в наиболее раннюю стадию развития растения привела к созданию новой технологии вегетативного размножения растений – технология микрклонального

размножения. Если клонирование черенками было известно еще очень давно, и люди использовали его для получения новых растений еще несколько веков назад, то микроклонирование получило распространение относительно недавно – в 50-х годах прошлого столетия. Тогда французский ученый взял кусочек стебля орхидеи всего 0,5 миллиметра в высоту и стал выращивать, из которой появилась полноценная орхидея, здоровая, крепкая и красивая[2,3].

В 2015 году в Башкирском государственном университете (БГУ) впервые в Республике Башкортостан открылась научная лаборатория репродуктивной биологии и клонирования растений. Заведует лабораторией профессор кафедры ботаники и экологии биологического факультета БГУ Майя Мунировна Ишмуратова. Лаборатория занимается различными экспериментами с растениями. Особо интересно микроклональное размножение редких, ресурсных, плодово-ягодных и декоративных растений. Такой способ бесполого, преимущественно вегетативного размножения, потенциально позволяет получить безграничное количество генетически однородных клонов практически любых растений. Этот способ поможет сохранить особо ценные и редкие виды, которые занесены в Красную книгу Республики Башкортостан и России. Клонирование можно использовать для тиражирования нужных и полезных видов растений, которые в последующем будут выращиваться в садах, появятся на прилавках магазинов.

Клонирование растений в лабораторных условиях – это не будущее, а давно реализованное настоящее. Растение в отличие от животного и человека растёт всю жизнь. Это происходит благодаря меристеме (рис.1) – ткани, клетки которой обладают способностью к делению и дифференциации. Рост растений производится в стерильных условиях, в пробирках (*invitro*). На последней стадии растения адаптируются из условий пробирки к реальным условиям роста растений. В лаборатории города Уфы не выращиваются крупномеры, а работают с клетками и миниатюрными растениями в колбах. Можно взять семена или, например, фрагменты листьев, стебля, корня (рис. 2), простерилизовать их и поместить в питательную среду, которая также стерильна. Путем деления подрастающих растений можно получить неограниченное число копий в течение всего года.

Для того чтобы клонировать растение необходимы специальные условия:

1) Ламинар-бокс. (рис. 3). Лабораторный прибор для работы с биологическими объектами в стерильных условиях. Представляет собой шкаф, оборудованный осветителями, ультрафиолетовыми лампами и системой подачи стерильного воздуха. Используется при микробиологических, молекулярно-биологических работах, работах с культурой клеток, тканей и органов. Для работы необходимо обязательно стерилизовать растения. На свободной

чашке Петри нарезаются экспланты на маленькие кусочки, повреждаются и выращиваются на питательных средах. В результате данного опыта можно получить каллусы (Рис.4). Каллусообразование происходит под воздействием ростовых и раневых гормонов. Вначале он состоит из тонкостенной паренхимы, наружные слои которой в дальнейшем пробковеют, образуя перидерму.

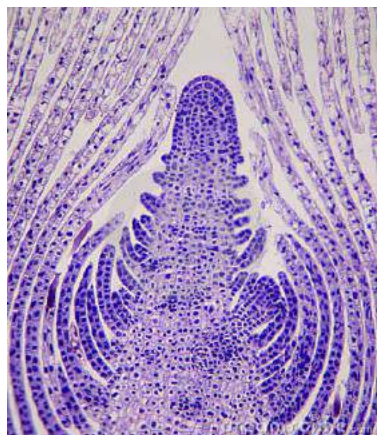


Рис. 1.Верхушечный стебель. Меристема бутона под микроскопом



Рис.2.Части растения,используемые для размножения



Рис. 3. Ламинар-бокс



Рис.4.Каллусы растения

В лаборатории репродуктивной биологии и клонирования растений в г.Уфа специализируются на редких, исчезающих видах растений. Размножение редких растений невозможно без глубоких знаний о биологии каждого отдельного вида, поэтому биологи уделяют большое внимание полевым работам. Чтобы ответить на вопрос, как можно спасти редкий вид растения, необходимо понять: почему оно редкое, что мешает его распространению, какие методы позволят его спасти? Растения, включенные в Красные книги, искусственно выращиваются в специальной климатической фитокамере, которая спроектирована и построена по требованиям биологов. Здесь созданы максимально подходящие условия для жизни растений с точностью до одного процента. Сегодняшний

день в РБ растет 14 видов лекарственных растений, которые запрещено собирать[1]. В их числе, например, волчье лыко – незаменимое лекарство при всех нервных заболеваниях, помогает избавиться от страхов и снизить тревожность, облегчает радикулит и подагру. Или очень красивый цветок венерин башмачок, который помогает от бессонницы. Реликтовый водяной орех (чилиим), который когда-то был популярным съедобным орехом в России, а сейчас редко кто может похвастаться, что пробовал белую мякоть его плодов[4,7,10].

Заключение:Микроклонирование растений, как способ сохранения редких растений Республики Башкортостан, действительно может осуществить при особых условиях. На сегодняшний день клонирование является самым надёжным способом размножения редких и вымирающих растений.

Литература

1. Красная книга Республики Башкортостан – Уфа, «Гилем»– 2001.
2. Кренке Н. П. Регенерация растений–М. - Л., АН СССР – 1950 – 346с.
3. Малтабар Л. М. Производство привитых виноградных саженцев в Молдавии – М.-К., – 1971 – 212с.
4. С.С. Медведев «Физиология растений» учебник – «Санкт-Петербургский университет» – 2004 – 98с.
5. В.В. Полевая «Физиология растений» – «Высшая школа» – 1989 – 138с.
6. <http://ria.ru/spravka/20121011/771895208.html> («РИА Новости» - интернет источник).
7. http://www.biotechnolog.ru/acell/acell5_1.htm («Биотехнологии» - интернет источник).
8. <http://www.bestreferat.ru/referat-34212.html> («Геном человека и клонирование» - интернет источник).
9. http://tvrb.ru/novosti/obrazovanie/v_bashkortostane_uchenye_kloniruyut_rasteniya_i_z_krasnoy_knigi/ («Новости Башкортостана» - интернет источник).
10. <https://www.forumhouse.ru/articles/other/5735> («Клонирование спасет редкие растения» - интернет источник).

УДК 576.893.12

С.Г. Байтимеров, Р.И. Фархутдинов

**ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ
НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.
Уфа**

Резюме. Представляем сравнительный анализ результатов, полученных путем анкетирования студентов двух ВУЗов города Уфы – БГУ и УГАТУ. Проведенные исследования показали, что студенты БГУ лучше знают о паразитарных заболеваниях, чем студенты УГАТУ. Однако, полученные результаты показали, что большинство (70%) обучающихся знают меры профилактики от паразитарных заболеваний.

Ключевые слова: паразитология, эпидемиология, профилактика, информированность.

Baitimerov S.G., Farhutdinov R.I.

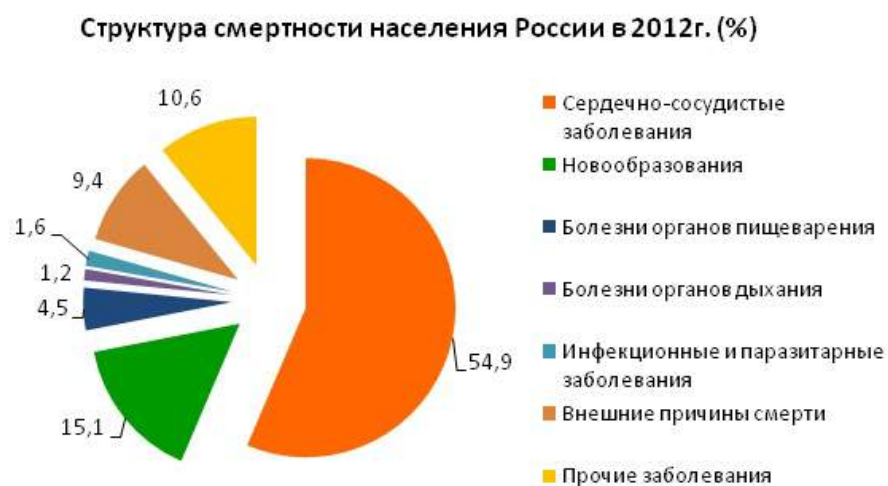
**RESEARCHING OF MEDICAL STUDENTS AWARENESS ABOUT THE
EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF PARASITIC DISEASES**

Department of Biology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: We present a comparative analysis of the results obtained by the survey of students between the two universities of the city of Ufa - BSU and USATU. Studies have shown that the BSU students more aware of parasitic diseases than USATU students. However, the results showed that the majority (70%) students know prevention measures from parasitic diseases.

Keywords: parasitology, epidemiology, prevention, awareness

Актуальность: В настоящее время инфекционные и паразитарные болезни широко распространены среди населения РФ. Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний достигает 2% (рис. 1).



1) Рис.1. Статистика смертности населения Российской Федерации за 2012 год (по данным сайта «Медицина Мира» <http://medicinamira2.u45082.netangels.ru/diagnostika-check-up.html>).

В эру компьютерных технологий молодые люди начали забывать о том, что помимо наружных паразитов, как клещи и блохи, есть и более опасные - внутренние. Они могут вызывать различные патологические процессы в организме «хозяина» и иногда люди не знают, что в их организме - «паразит». Для доказательства этой гипотезы мы провели исследование, которые позволило нам выявить знания эпидемиологии, профилактики и течения паразитарных заболеваний и сделать соответствующие выводы.

Цель: выявить информированность студентов об эпидемиологии, профилактике и течении паразитарных заболеваний.

Материалы и методы: Для исследований нами была разработана анкета в виде тестовых заданий.

Структура анкеты была такова:

–№1-№5 вопросы были направлены на получение информации о студенте, проходящем тестирование.

–№6-13 вопросы выявляли общие знания студентов о паразитарных и инфекционных заболеваниях.

–№14-22 вопросы определяли информированность студентов об эпидемиологии и профилактике инвазий.

По уровню сложности вопросы подразделялись на 2 группы:

1 группа – вопросы общеизвестного характера (№11 и №16 вопросы);

2 группа – специализированные вопросы по паразитологии (№12, №13, №14, №15 и №17).

Во время исследования были рассмотрены следующие виды паразитов: *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Echinococcus granulosus*, *Ascaris lumbricoideus*. Студенты должны были ответить на вопросы, связанные с эпидемиологией, профилактикой и течением заболевания.

Всего в тестировании участвовало 47 обучающихся: 31 студент от 18 лет до 21 года из Уфимского государственного авиационного технического университета (УГАТУ) и 16 студентов Башкирского Государственного Университета (БГУ).

Среди респондентов: 34 человека были женского пола, 13 – мужского. 25% из опрашиваемых - родом из сельской местности, 75% - из города.

Для статистических исследований использовали пакет программ Statistic Word Excel – 2013.

Результаты и обсуждения: В ходе исследования было выявлено, что из всех студентов УГАТУ отличие паразитарных заболеваний от инфекционных знают 17 человек, среди которых 18% - мужского пола, 82% - женского пола. Инвазировались паразитарными заболеваниями 10% обучающихся в УГАТУ, 16% - воздержались от ответа. Также исследованием было выявлено, что из всех студентов БГУ понятие о паразитарных заболеваниях имеют 88% (из 16 опрошенных), а лично сталкивались с паразитарными заболеваниями только 12,5%, тогда как в УГАТУ - 10%. Воздержались от ответа 12,5% респондентов из БГУ.

Интересным является тот факт, что около 80% студентов всегда соблюдают правила личной гигиены, 20% выбрали пункт «часто». Из всех опрошенных всего у 15% студентов родственники болели паразитарными заболеваниями. Не исключено, что опыт, полученный из жизни родственников, позволил остальным соблюдать профилактические меры.

Пациентами инфекционной больницы были 9% студентов женского пола. 43% студентов мужского пола были осведомлены о заболеваниях, передающихся половым путем. О том, к какому типу животных относится *трихоманада* знает всего 1 студент из УГАТУ. В то же время, подавляющее большинство респондентов выбрало неправильный вариант: «трихоманада относится к бактериям».

Схожая информированность о *дизентерийной амебе*: 80% не знают, что она относится к подцарству *Простейшие*. Респонденты не смогли ответить на вопрос о том, какую болезнь вызывает *дизентерийная амеба* и, соответственно, большинство, а это 85%, выбрало дизентерию. По-видимому, логика студента подсказала, что стоит выбирать однокоренное слово.

Следующим рассматриваемым паразитом был *эхинококк*, путь распространения которого по организму знали всего лишь 2 студента из БГУ.

Опрос студентов о *круглых червях* выявил неплохие знания об этом разделе паразитологии. Лучше отвечали респонденты на вопросы, относящиеся к первой группе. 72% опрошенных правильно ответили на вопрос о том, что заражение гельминтозами происходит при заглатывании яиц с пищей.

На основании полученных данных нами были составлены следующие статистические колонны.

По оси абсцисс располагается номер вопроса, по оси ординат - % информированности студентов. Синим цветом отмечена информированность студентов мужского пола, оранжевым – женского пола (рис.2 - рис.4).

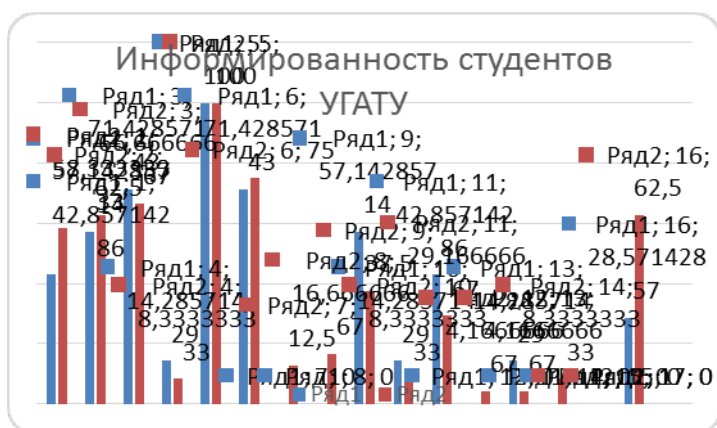


Рис. 2. Показатель информированности студентов УГАТУ

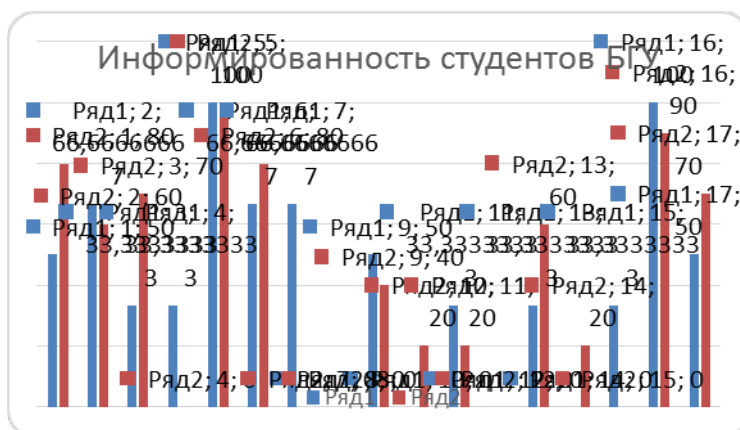


Рис. 3. Показатель информированности студентов БГУ

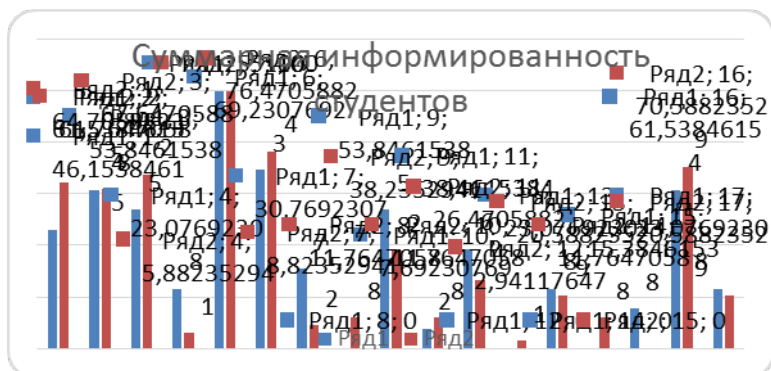


Рис. 4. Суммарная информированность студентов.

Был проведен сравнительный анализ информированности о паразитарных заболеваниях студентов БГУ и УГАТУ. По оси абсцисс располагается номер вопроса, по оси ординат - % информированности студентов, по оси аппликат колонны разного цвета, характеризующие пол студента и ВУЗ, в котором он обучается (рис. 5).

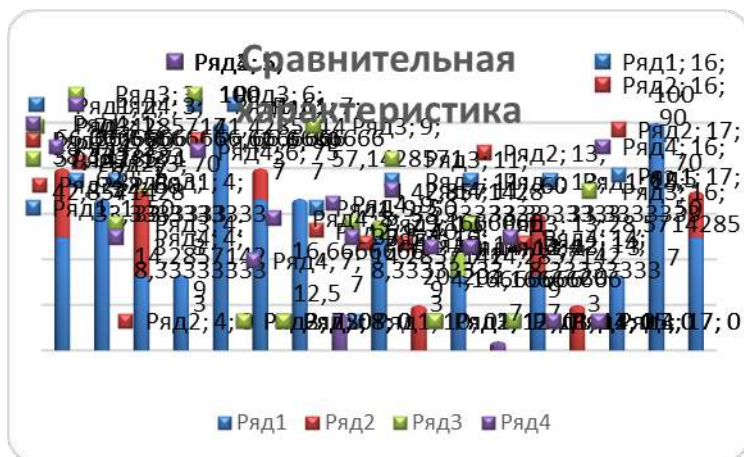


Рис. 5. Сравнительная характеристика информированности студентов УГАТУ и БГУ.

Ряд 1 – информированность студентов женского пола из БГУ, ряд 2 – информированность студентов мужского пола из БГУ, ряд 3 – информированность студентов женского пола из УГАТУ, ряд 4 – информированность студентов мужского пола из УГАТУ.

Выводы:

- 1) 70% опрашиваемых студентов знают основные способы инвазирования и меры профилактики паразитарных заболеваний;
- 2) Абсолютно все студенты соблюдают личную гигиену;
- 3) Обучающиеся в БГУ лучше осведомлены о паразитарных заболеваниях, чем в УГАТУ.
- 4) Студенты мужского пола лучше осведомлены о болезнях, передающихся половым путем, чем студенты женского пола.
- 5) Среди всех инвазий (спрашиваемых в анкете) информированность об аскариде выше среди студентов БГУ, несколько менее – из УГАТУ.
- 6) 75% студентов, живущих в городе, лучше осведомлены о паразитарных заболеваниях, чем сельские.

Литература

- 1) Атлас клеток крови и паразитов человека, Т.Я. Свищева. Издательство «Диля» 2003г. – 128 с.
- 2) Инфекционные и паразитарные болезни. Возианова Ж. И. В 3 т. - Киев: «Здоров'я», 2002. - Т. 3. - 904 с.
- 3) Медицинская паразитология, Д.Е. Генис. - М: «Медицина» -1991 г. – 240 с.
- 4) Основы общей и медицинской паразитологии: Учеб. пособие / Р. Г. Заяц, И. В. Рачковская, И. А. Карпов, 2-е изд. - Мн.: МГМИ, 2001. - 184 с.
- 5) Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей. Редакторы: В. П. Сергиев, Ю. В. Лобзин, С. С.Козлов. - СПб: Фолиант, 2006. - 586 с.
- 6) <http://medicinamira2.u45082.netangels.ru/diagnostika-check-up.html>

УДК 595.2

Е. Э. Аксюкова, А.Т. Волкова

**ВИДОВОЙ СОСТАВ НАПОЧВЕННЫХ БЕСПОЗВОНОЧНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ
БИОТОПАХ ШИРОКОЛИСТВЕННОГО ЛЕСА**

Кафедра биологии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Исследовано видовое разнообразие напочвенных беспозвоночных в различных биотопах широколиственного леса в окрестностях села Дмитриевка Уфимского района Республики Башкортостан. Сбор материала проводился в период полевой практики в июне 2015 года. Выполнены расчеты относительной численности и индекса доминирования видов. Определено 27 видов беспозвоночных.

Ключевые слова: напочвенные беспозвоночные животные, относительная численность, индекс доминирования.

E.E. Aksyukova, A.T. Volkova

**SPECIES COMPOSITION OF SOIL INVERTEBRATES IN DIFFERENT
BIOTOPES OF DECIDUOUS FORESTS**

Department of Biology

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: The diversity of ground invertebrates in different biotopes of deciduous forests nearby Dmitrievka village of Ufa region of Republic of Bashkortostan was researched. Collecting of data for study was done in a time of summer practice in June 2015. Calculations of relative abundance and dominance index were made. 27 species were identified.

Keywords: ground invertebrates, relative abundance and dominance index.

В подстилке и почве живут и развиваются представители различных групп беспозвоночных: жуличицы, стафилиниды, паукообразные, проволочники, хрущи, долгоносики, уховертки, мокрицы, многоножки и др. Они определяют существенную роль в биологическом круговороте веществ и играют важную роль в обеспечении устойчивости экосистем. Также напочвенные беспозвоночные отражают большое количество экологических факторов и выступают в качестве чувствительных биоиндикаторов природных условий и антропогенного воздействия [1, 2].

Важнейшей характеристикой экологического сообщества является определение численности беспозвоночных животных. На основе ее можно сделать выводы о ряде других экологических показателей – разнообразие фаун [1, 6].

Цель исследования: изучение видового состава, а также численности и распределение наземных беспозвоночных животных в различных биотопах широколиственного леса.

Материалы и методы исследования. Материалом послужили наземные беспозвоночные, отловленные в окрестностях села Дмитриевка в июне 2015 года. Учетные площадки были заложены в трех биотопах: березово-дубовый лещиновый злаково-разнотравный лес, кленово-березовый лещиновый злаково-разнотравный лес, дубняк лещиновый злаково-разнотравный.

Для сбора напочвенных беспозвоночных использовали ловушки Барбера – Гейлера с фиксирующим раствором (4% формалин) [7]. Ловушки устанавливались в линию через 10 метров по равнобедренному треугольнику. Забор напочвенных беспозвоночных производили через 9 дней. Определение видов беспозвоночных проводилось в камеральных условиях и монтированием в коллекцию [3, 4, 5, 6]. Относительную численность видов вычисляли соотношением количества видов к ловушко - суток, а также индекс доминирования видов напочвенных беспозвоночных в % вычисляли по формуле: $D=(k*100)/K$, где D- доминирование, k-сумма особей данного вида, K-сумма особей всех видов во всех пробах [6].

Результаты исследования и их обсуждение. За период исследований в 3 биотопах окрестностей села Дмитриевка было собрано 814 экземпляра беспозвоночных животных на 108 ловушко - суток.

Таблица 1

Видовой состав напочвенных беспозвоночных в различных биотопах широколиственного леса г. Уфы за 2015 год

Видовой состав	Биотоп	Березово-дубовый лещиновый злаково-разнотравный лес	Кленово-березовый лещиновый злаково-разнотравный лес	Дубняк лещиновый злаково-разнотравный
	Относительная численность (лов/сут); Индекс доминирования (%)			
Жужелица зернистая (<i>Carabus granularus</i> L.)	0,04		—	0,15
	0,25			2,6
Птеростих черный (<i>Pterostichus niger</i> Schall.)	0,11		0,2	0,48
	0,76		4,46	8,44

Птеростих обыкновенный (<i>Pterostichus melanarius</i> Ill.)	0,4 2,79	0,3 7,14	0,39 6,82
Птеростих проворный (<i>Pterostichus strenuous</i> Panz.)	0,63 4,31	—	0,13 2,27
Птеростих разноцветный (<i>Pterostichus versicolor</i> Sturm.)	0,07 0,51	0,22 5,36	0,06 0,97
Птеростих ямчатоточечный (<i>Pterostichus oblongopunctatus</i> F.)	2 13,71	0,8 19,64	0,39 6,82
Клоп-солдатик (<i>Purhacorix apterus</i> L.)	1,2 8,12	0,9 21,43	—
Муха краснохвостая (<i>Vercaea haemorrhoidalis</i> Fall.)	0,04 0,25	—	—
Желтая навозная муха (<i>Scatophaga stercoraria</i>)	0,07 0,51	—	0,04 0,65
Слепняк травяной (<i>Lygus rugulipennis</i> Poppius)	0,07 0,51	—	—
Муравей лесной рыжий (<i>Formica rufa</i> L.)	3,8 26,14	0,6 13,39	0,11 1,95
Мокрица броненосец обыкновенная (<i>Armadilidium vulgare</i>)	0,44 3,05	0,3 7,14	0,89 15,58
Златка осиновая изменчивая (<i>Roesilonata variolosa</i> Payk.)	0,07 0,51	0,04 0,89	0,04 0,65
Лжерадужница шелковистая (<i>Plateumaris sericea</i> L.)	0,04 0,25	—	—
Пауки (Araneae)	5,6 38,32	0,3 6,25	0,63 11,04
Жужелица Шонхерри (<i>Sarabus schoenherri</i>)	—	—	0,02 0,32
Костянка обыкновенная (<i>Lithobius forficatus</i> L.)	—	0,07 1,79	0,04 0,65

Стафилиниды (Staphylinidae)	—	0,04 0,89	1,07 18,83
Мертвоед темный (<i>Silpha obscura</i> L.)	—	0,15 3,57	—
Нетелия желтая (<i>Netelia melanura</i> Thoms.)	—	0,04 0,89	—
Долгоносик серый почковый (<i>Sciaphobus squalidus</i> Gyll.)	—	0,04 0,89	—
Коровка двадцатидвухточечная (<i>Thea vigintiduopunctata</i> L.)	—	0,04 0,89	—
Проволочник (<i>Elateridae</i>)	—	0,04 0,89	—
Личинки жужелиц	—	0,19 4,46	1,09 19,16
Мертвоед трехреберный (<i>Phosphuga atrata</i> Leach)	—	—	0,04 0,65
Щелкун краснохвостый (<i>Athous haemorrhoidalis</i> F.)	—	—	0,02 0,32
Бекасница обыкновенная (<i>Rhagio scolopaceus</i>)	—	—	0,02 0,32
Жужелица выпуклая (<i>Carabus convexus</i> Er.)	—	—	0,02 0,32
<i>Pterostichus</i> Sp.	—	—	0,09 1,62

Во всех трех биотопах встречаются представители семейства Жужелицы (*Carabidae*): Птеростих черный (*Pterostichus niger* Schall.), Птеростих обыкновенный (*Pterostichus melanarius* Ill.), Птеростих разноцветный (*Pterostichus versicolor* Sturm.), Птеростих ямчатоточечный (*Pterostichus oblongopunctatus* F.); Муравей лесной рыжий (*Formica rufa* L.), Мокрица броненосец обыкновенная (*Armadilidium vulgare*), Златка осиновая изменчивая (*Poesilonata variolosa* Payk.) и представители отряда Пауки (*Araneae*).

Кроме того, в березово-дубовом лещиновом злаково-разнотравном лесу были выделены следующие виды, не обнаруженные в других биотопах: Муха краснохвостая (*Bergsaea haemorrhoidalis* Fall.), Слепняк травяной (*Lygus rugulipennis* Poppius), Лжерадужница

шелковистая (*Plateumaris sericea* L.). В кленово-березовом лещиновом злаково-разнотравном лесу: Мертвояд темный (*Silpha obscura* L.), Нетелия желтая (*Netelia melanura* Thoms.), Долгоносик серый почковый (*Sciaphobus squalidus* Gyll.), Коровка двадцатидвухточечная (*Thea vigintiduopunctata* L.). В дубняке лещиновом злаково-разнотравном: Жужелица Шонхерри (*Carabus schoenherri*), Жужелица выпуклая (*Carabus convexus* Er.), Мертвояд трехреберный (*Phosphuga atrata* Leach), Щелкун краснохвостый (*Athous haemorrhoidalis* F.), Бекасница обыкновенная (*Rhagio scolopaceus*).

Заключение. По нашим наблюдениям наиболее распространенными видами являются представители семейства Жужелицы (*Carabidae*), их численность составляет 286 видов, а это 35,1% от общего числа всех отловленных беспозвоночных, виды отряда Пауки (*Araneae*) составляют в наших отловах 23,6% и семейство Муравьи (*Formicidae*) - 15,2%.

Выводы:

1. За период исследования было определено 27 видов напочвенных беспозвоночных, относящихся к 4 классам, 9 отрядам и 17 семействам.
2. В 2015 году доминировали во всех биотопах жужелицы (*Carabidae*), пауки (*Araneae*) и муравьи (*Formicidae*).
3. Наибольшее количество видов выявлено в биотопе дубняк лещиновый злаково-разнотравный – более 18 видов.
4. Обнаружено, что наибольшую биотопическую приуроченность к широколиственному лесу проявляют геофилы.

Литература

1. Алексанов В. В., Дифференциация комплексов напочвенных беспозвоночных на урбанизированной территории (на примере города Калуги) // «Живые и биокосные системы». – 2013. – № 5; URL: <http://www.jbks.ru/archive/issue-5/article-10>
2. Богач Я., Ружечка В. Анализ экологических групп видов сообществ напочвенных беспозвоночных как показатель качества окружающей среды // Экология. 1988. № 6. — С. 59 — 61.
3. Горностаев Г.Н. Определитель насекомых фауны России/ Г.Н. Горностаев. – М.: Гардарики, 1995.
4. Мамаев Б.М., Медведев Л.Н., Правдин Ф.Н. Определитель насекомых Европейской части СССР. М.: Просвещение, 1976.
5. Насекомые европейской части России: Атлас с обзором биологии /В.М.Карцев, Г.В.Фарафонова, А.К.Ахатов, Н.В.Беляева, А.А. Бенедиктов, М.В. Березин, О.Г. Волков,

Н.А.Гура, Ю.В. Лопатина, Л.И.Лютикова, А.С.Просви́ро, Г.И.Рязанова, Е.Ю. Ткачева, П.В.Альбрехт. – М.: Фитон XXI, 2015. – 568 с.: ил.

6. Фасулати К.К. Полевое изучение наземных беспозвоночных: Учебное пособие для студентов ун-ов. М.: Высшая школа, 1971.

7. Barber H. S. Traps for Inhabiting // Journal of the Elisha Mitchell Scientific Society. 1931. Vol. 46. P. 259-266.

ХИМИЧЕСКИЕ НАУКИ. НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, ФАРМАКОЛОГИЯ.

УДК 615.322

М.Ю. Градусова, А.Ю. Лазарева, Р.Р. Китапова, И.В. Федько

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ МЫШЕЙ В ТЕСТЕ «ОТКРЫТОЕ ПОЛЕ» ПРИ ВВЕДЕНИИ ЭКСТРАКТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Кафедра Фармакологии № 1, с курсом клинической фармакологии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В статье изложены данные о влиянии экстракта растительного происхождения на поведенческие реакции белых мышей в тесте «Открытое поле». Показано, что экстракт растительного происхождения не значительно повышал уровень тревожности лабораторных животных в эксперименте.

Ключевые слова. Растительный экстракт, белые мыши, тест «Открытое поле», поведенческие реакции.

M. Yu. Gradusova, A. Yu. Lazareva, R. R. Kitapova, I. V. Fedko

THE STUDY OF WHITE MICE BEHAVIOR IN «OPEN FIELD» TEST AFTER PER- OS INTRODUCTION OF HERBAL EXTRACT

Department of pharmacology № 1, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The paper presents the data on the effect of herbal extract on behavioral responses of white mice in «open field» test. It shows that the herbal extract significantly increases the level of anxiety in the laboratory animal during the experiment.

Keywords: The herbal extract, white mice, the «open field» test, behavioral reactions.

Актуальность: Актуальной проблемой современной медицины и фармации является поиск новых препаратов растительного происхождения. Интерес вызывают препараты, полученные на основе лекарственного растительного сырья, содержащие комплекс биологически активных веществ, имеющие большую терапевтическую широту в сравнении с существующими, обладающие уникальным сочетанием свойств. Представляет интерес экстракт растительного происхождения [1].

Цель исследования: Проверить влияние на поведенческие реакции экстракта растительного происхождения (ЭРП).

Материалы и методы:

Был исследован экстракт растительного происхождения полученный на кафедре фармакогнозии Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск).

Экстракт вводили животным перорально в виде водного 10% раствора (ЭРП). В качестве препарата сравнения являлась вода очищенная.

Эксперименты были проведены на беспородных мышах – самцах массой 1824 г. Животные содержались в стандартных условиях вивария, на стандартном лабораторном рационе в условиях свободного доступа к пище и воде, при естественном режиме освещения.

Мыши первой (контрольной) группы получали воду очищенную, второй (опыт) - в дозе 200 мг/кг.

Активность оценивали в тесте «Открытое поле», который является классической моделью исследования поведения, основанная на конфликте двух мотиваций - инстинктивной тенденции к исследованию нового окружения и тенденции минимизировать возможную опасность со стороны такового. Исследование проводили в квадратном манеже диаметром 90 см на 90 см и высотой 30 см. Пол камеры разбит на квадратные сектора. За час до тестирования животных помещали в тихое слабо освещенное место, в подготовительный период с животными никаких манипуляций не проводили. Во время тестирования животное помещали на один из квадратов открытого поля. Исследование проводили до начала эксперимента, а затем каждые 8, 15, 21 день. За поведением животных наблюдали 10 минут.

Оценивали влияние экстракта на двигательную активность (количество пробежек), вертикальную активность (по числу «вертикальных стоек» – вставание мышей на задние лапки), норочный рефлекс (норка, заглядывание в круглое отверстие пола камеры), эмоциональная реакция (количество умываний).

Параметры поведения регистрировали визуально, а также вели видеозапись поведения мышей для последующего анализа.

Результаты и обсуждение:

Анализ полученных данных показал, что растительный экстракт незначительно изменяет основные показатели поведения животных. Результаты представлены в таблице 1, из которой видно, что введенный растительный экстракт стимулировал эмоциональную реактивность животных на 25%, двигательную активность на 7,3%, норочный рефлекс на 13%, количество вставаний на задние лапки на 50%.

Таблица 1

Влияние на поведенческие реакции 10% раствора при внутрижелудочном введении

Группы животных	Сроки наблюдения, Дни	Двигательная активность (количество)	Ориентировочная реакция (исследовательская реакция)	Эмоциональная реакция (количество)
-----------------	-----------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------

		пробежек)	Количество вставаний на задние лапки	Норочный рефлекс	умываний)
Контроль	Исходные	18,6±3,7	1,0±0,7	5,3±2,3	2,3±0,8
	8	26,6± 2,8	2,0±0,6	13,6±2,7	3,6±0,2
	15	23,6±2,7	2,8±1,2	11,6±1,4	2,0±0,2
	21	20,6±3,3	3,3±0,1	15,3±1,8	3,3±0,6
Опыт	Исходные	20,6±3,2	2,3±1,4	6,3±2,8	3,3±2,4
	8	27,6±1,3	3,3±1,6	15,6±0,7	4,6±2,1
	15	25,6±1,7	3,6±2,0	12,6±2,1	2,6±1,8
	21	22,6±2,7	4,3±1,8	18,3±1,3	3,6±1,2

Заключение и выводы: В ходе исследования было установлено, что при введении экстракта растительного происхождения незначительно стимулирует поведенческие реакции организма животных.

Литература:

1. Ю.А. Александровский Пограничные психические расстройства. Медицина. Москва.-2007.
2. Исследование элементного состава растений, рекомендуемых к применению при туберкулезе легких/ И. В. Федько, Г. И. Калинкина, Н. Э. Колюмпец // Вестник Забайкальского государственного университета. - 2013. - № 3 (94). - С. 55-58.

УДК 678.048:535.379:628.16.094.3

Э.М.Муратов, Ю.Л. Баймурзина

**СРАВНЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ НЕКОТОРЫХ ПРОДУКТОВ ПРИРОДНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ
В МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМАХ**

**Центральная научно-исследовательская лаборатория, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В статье описаны результаты исследований антиоксидантных свойств прополиса, маточного молочка и женьшеня в модельных системах.

Ключевые слова: антиоксиданты, свободно-радикальное окисление, хемилюминесценция, продукты пчеловодства, женьшень.

E. M. Muratov, J. L. Baimurzina

**COMPARISON OF ACTION OF SOME PRODUCTS OF NATURAL ORIGIN ON
PROCESSES OF FREE RADICAL OXIDATION IN MODEL SYSTEMS**

Central research laboratory, Bashkir state medical University, Ufa

Summary: In article are described results of researches of antioxidant properties of propolis, royal jelly and ginseng in model systems.

Key words: antioxidants, free radical oxidation, chemiluminescence, bee products, ginseng.

Актуальность: Известно, что свободнорадикальное окисление (СРО) – один из фундаментальных биологических процессов, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма. Наиболее распространенные процессы СРО в организме – образование активных форм кислорода (АФК) и перекисное окисление липидов (ПОЛ). Свободные радикалы участвуют во многих важных функциях организма: окисление чужеродных соединений, микробицидное действие, обмен веществ и т.д. Изменение свободнорадикального окисления в организме вызывает преждевременное старение и различные заболевания [1,3].

Весьма перспективным является поиск и получение антиоксидантов (АО) из растительного сырья и продуктов пчеловодства [2, 4]. Первые - содержат комплекс биологически активных веществ, образующихся в процессе фотосинтеза и регулирующих интенсивность СРО в растительных тканях – флавоноиды, витамины и т.д. В состав вторых входят различные природные антиоксиданты. Кроме того, фитопрепараты и продукты пчеловодства содержат микроэлементы, влияющие на свободнорадикальное окисление.

Натуральные антиоксиданты имеют ряд преимуществ перед синтетическими: они нетоксичны, не вызывают привыкания, могут длительно использоваться в профилактических целях, себестоимость природных АО много ниже синтетических антиоксидантных лекарственных препаратов [1,4].

Цель исследования: Оценить характер воздействия некоторых продуктов природного происхождения - прополиса, маточного молочка и женьшеня на генерацию АФК и ПОЛ *in vitro* в модельных системах, имитирующих реакции свободнорадикального окисления в организме.

Материалы и методы: для оценки процессов СРО перспективной является регистрация хемилюминесценции (ХЛ)- свечения, возникающего при взаимодействии радикалов. Судить о про- или антиокислительной активности препаратов *in vitro* можно по изменению интенсивности ХЛ при добавлении в модельные системы.

В качестве первой модельной системы, в которой вызывали генерацию АФК использовали 20 мл фосфатного буфера с добавлением цитрата и люминола. Состав буфера: 20мМ KH_2PO_4 , 105 мМ KCl , 50 мМ цитрат натрия, 10^{-5} М раствор люминола ($\text{pH} = 7,5$). В качестве инициатора добавлялся 1 мл 50мМ раствора сернокислого железа. Окисление солей железа вело к появлению кислородных радикалов и сопровождалось ХЛ, усиливающейся в присутствии люминола. Свечение регистрировалось в течение 5 минут.

Для оценки действия препаратов на перекисное окисление липидов из куриного желтка готовили липопротеиновые комплексы, сходные с липидами крови. Желток смешивали с фосфатным буфером в соотношении 1:5, гомогенизировали. Хемилюминесценцию инициировали добавлением 1 мл 50 мМ раствора сернокислого железа, запускавшего процесс окисления ненасыщенных жирных кислот, входящих в состав липидов. По интенсивности развивающегося свечения судили о процессах ПОЛ.

Контролем служили модельные системы без добавления препаратов. Антиоксидантные свойства оценивали по угнетению хемилюминесценции. Регистрацию свечения проводили на приборе «ХЛМ-003».

Хемилюминограммы модельных систем, где генерируются АФК и протекают процессы ПОЛ, характеризуется следующими параметрами: спонтанным свечением, быстрой вспышкой, латентным периодом и медленной вспышкой. Самым показательным и информативным параметром ХЛ является светосумма свечения и её максимальная интенсивность.

Результаты и обсуждение:

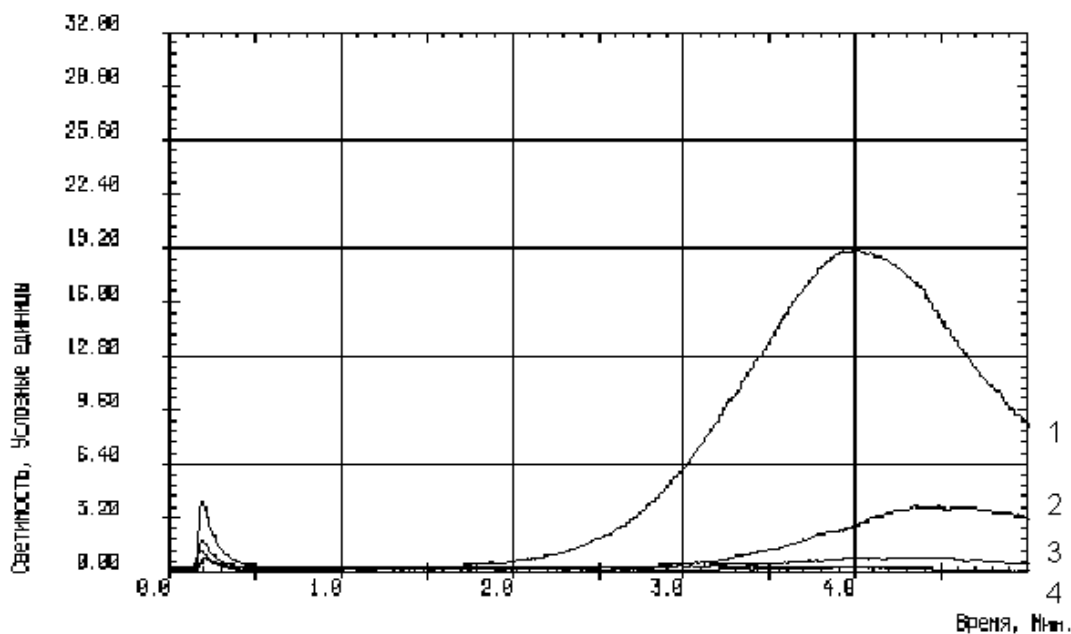


Рис.1. Запись хемилюминесценции модельной системы, генерирующей активные формы кислорода: 1-контроль, 2- добавлено 1 мг/мл женьшеня, 3-добавлено 1 мг/мл маточного молочка, 4-добавлено 1 мг/мл прополиса

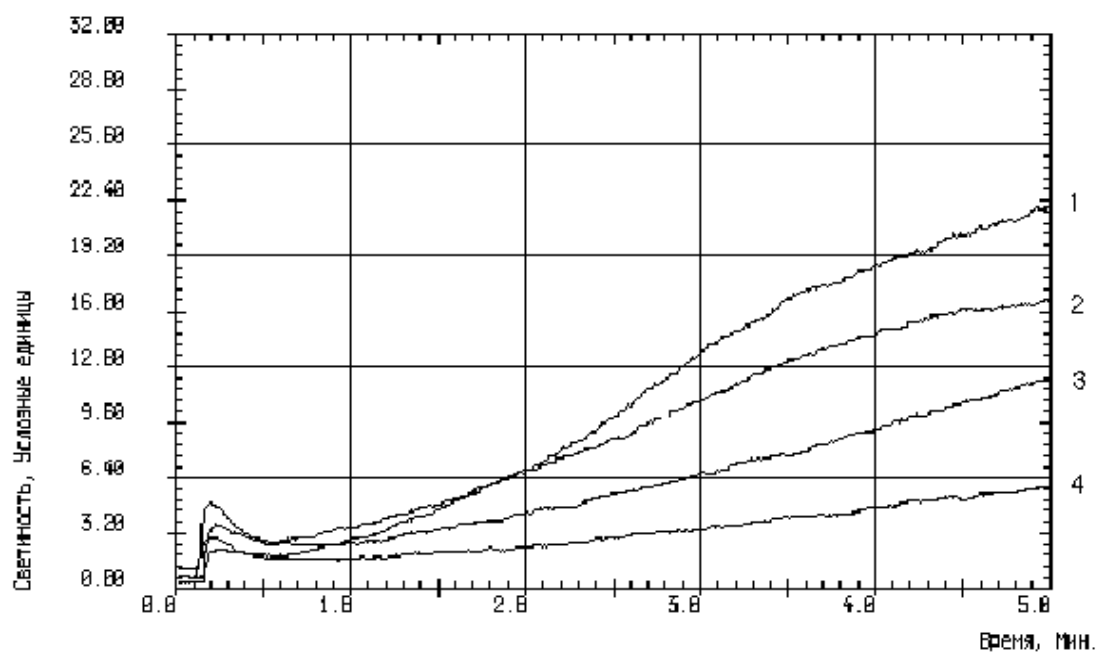


Рис.2. Запись хемилюминесценции модельной системы, в которой протекают реакции перекисного окисления липидов: 1-контроль, 2- добавлено 1 мг/мл женьшеня, 3- добавлено 1 мг/мл маточного молочка, 4-добавлено 1 мг/мл прополиса

Изменения светосуммы ХЛ в модельных системах в исследованиях *in vitro* при добавлении маточного молочка, прополиса, женьшеня приведены на рисунках 1 и 2.

Таблица 1

Показатели хемилюминесценции модельной системы, генерирующей активные формы кислорода и влияние исследованных продуктов

Проба исследуемых продуктов	светосумма		спонт. абс.	вспышка абс.	макс	
	абс.	%%			абс.	%%
Маточное молочко контроль	21,4	100	1,2	5,1	7,6	100
1.0 мг/мл	16,7	29	4,1	12,5	3,6	34
Женьшень контроль	23,1	100	1,8	5,9	7,9	
1.0 мг/мл	73,5	55	7,1	26,7	16,6	49
Прополис контроль	18,7	100	1,2	5,3	6,6	100
1.0 мг/мл	9,2	11	1,2	18,8	3,1	11

Таблица 2

Показатели хемилюминесценции модельной системы, в которой протекали реакции перекисного окисления липидов и влияние исследованных продуктов

Проба исследуемых продуктов	светосумма		спонт. абс.	вспышка абс.	макс	
	абс.	%%			абс.	%%
Маточн. молочко контроль	189,8	100	1,4	5,6	31,2	100
1.0 мг/мл	55,2	29	2,1	14,1	10,5	34
Женьшень контроль	181,2	100	1,5	5,8	30,5	100
1.0 мг/мл	99,5	55	4,5	19,5	15,1	49
Прополис контроль	192,3	100	1,3	5,6	31,9	100
1.0 мг/мл	22,1	11	1,4	10,5	3,5	11

Заключение и выводы: Наибольшей способностью предотвращать ускорение перекисного окисления липидов обладали прополис и маточное молочко. Женьшень, который усиливал генерацию активных форм кислорода в модельной системе, угнетал образование перекисей липидов.

Таким образом, все исследованные препараты влияют на образование свободных радикалов. Они подавляют процессы перекисного окисления липидов, препятствуют накоплению токсичных продуктов. Наряду с этим, женьшень стимулирует генерацию активных форм кислорода.

Литература

1. Баймурзина Ю.Л., Фархутдинов Р.Р., Катаев В.А., Галлеев Р.К., Габидуллина Е.В. Влияние фитопрепаратов и продуктов пчеловодства на процессы свободно-радикального окисления *in vitro* // Медицинский вестник Башкортостана.- 2013. - Т. 8, № 6. - С. 149-151.
2. Кохан С.Т., Кривошеева Е.М. Экспериментальное исследование антиоксидантных свойств растительных адаптогенов // Вестник фармации. - 2010. - № 4/ (50). - С. 29.
3. Фархутдинов Р.Р., Лиховских В.А. Хемилюминесцентные методы исследования свободно-радикального окисления в биологии и медицине. - Уфа, 1995. - 92 с.
4. Шикова Ю.В., Лиходед В.А., Фархутдинов Р.Р., Симонян Е.В., Ю.Л. Баймурзина Ю.Л., Епифанова А.В., Нэвес да Сильва А.Г., Петрова В.В., Елова Е.В. Влияние продуктов пчеловодства на процесс образования активных форм кислорода, возможность их применения в составе лекарственных средств // Медицинский вестник Башкортостана. -2013. - Т. 8, № 6. - С. 151-153.

УДК: 547.854.4.

Р. Ф. Гизатуллина, И.Я. Фаттахова, А.В. Шумадалова

СИНТЕЗ АМИНОЗАМЕЩЕННЫХ ТИЕТАНИЛУРАЦИЛА

**Кафедра общей химии, Башкирский государственный медицинский университет,
г.Уфа**

Резюме: целью работы является синтез производных 6-аминоурацила, содержащих тиетановый цикл в различных степенях окисления серы. Окислением тиетанилурацила получены соответствующие оксо- и диоксотиетанурацилы, взаимодействие которых с аминами приводит к образованию 6-аминопроизводных тиетанилурацила.

Ключевые слова: урацил, тиетан, оксотиетан, диоксотиетан, амины, синтез.

R.F. Gizatullina, I.Ya. Fattakhova, A.V. Shumadalova

SYNTHESIS AMINOSUBSTITUTED THIETANURACILS

Department of General Chemistry, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the aim of the work was synthesis of 6-aminouracil derivatives containing thietan ring with different oxidize of sulfur. Oxidation of thietanuracils leads corresponding oxo- and dioxothietanuracils. Reaction of thiethanuracils with amines leads thiethanuracil 6-aminouracilderivatives.

Key words: uracil, thietan, oxothietan, dioxothietan, amines, synthesis.

Актуальность: урацил в качестве структурного звена содержится во многих природных биологически активных соединениях, в том числе в витаминах, нуклеозидах, алкалоидах. Производные урацила обладают широким спектром фармакологической активности и за счет этого успешно применяются в медицине. На основе производных урацила синтезированы лекарственные вещества, обладающие противоопухолевой, антиоксидантной, иммуномодулирующей, противоопухолевой и другими видами активностей [1]. В структуре 6-хлорурацила имеется несколько реакционных центров, которые позволяют проводить химическую модификацию данной структуры с целью поиска биологически активных соединений на его основе.

Цель исследования: синтез 6-аминоурацилов, содержащих тиетановый, оксо- и диоксотиетановый циклы.

Материалы и методы: в эксперименте использованы коммерчески доступные реактивы и растворители отечественного производства: 6-хлорурацил, эпихлоргидрин, амины и другие.

Структуры полученных соединений доказаны методами ИК, ЯМР ^1H -, ^{13}C -спектроскопии, индивидуальность синтезированных соединений подтверждена методом тонкослойной хроматографии.

Результаты и обсуждение: исходное соединение 1-(тиетан-3-ил)-6-хлорурацил (**1**) получен в результате тиран-тиетановой перегруппировки в реакции 6-хлорурацила с 2-хлорметилтиираном в присутствии водной щелочи. Установлено, что при окислении соединения **1** 2-кратным избытком пероксида водорода в среде ледяной уксусной кислоты образуется соответствующий 1-(1-оксотиеган-3-ил)-6-хлорурацил (**2**). Использование 10-кратного избытка приводит к образованию 1-(1,1-диоксотиеган-3-ил)-6-хлорурацила (**3**) (схема 1).

Схема 1

Нами впервые изучены реакции тиеганилурацилов **1-3** с различными вторичными аминами. Установлено, что соединения **4, 6, 8** образуются при проведении реакции в присутствии 3-кратного избытка амина, а соединений **5, 7, 9** – при 4-кратном. Реакция осуществляется в изобутаноле при кипячении в течение 2,5 часов, выходы продуктов составили 59-67% (схема 2).

Схема 2

Строение полученных производных 6-аминоурацила, содержащих тиегановый цикл в различных степенях окисления атома серы, доказано спектральными методами – ИК, ЯМР

^1H и ^{13}C . В спектрах ^1H и ^{13}C кроме сигналов атомов исходных соединений регистрируются сигналы протонов и атомов углерода остатков соответствующих аминов в характерных областях.

В ИК спектрах соединений содержатся интенсивные полосы поглощения валентных колебаний связей $\text{C}=\text{O}$, $\text{C}=\text{C}$, $\text{C}-\text{N}$, $\text{C}-\text{H}$ в характерных областях.

Заключение и выводы: в результате исследования проведен синтез тиадансодержащих 6-аминоурацила. Синтезированные соединения будут интересны для дальнейшего фармакологического скрининга.

Литература

1. Машковский, М. Д. Лекарственные средства. – 15-е изд.– М.: Новая Волна, 2005.– 1200 с.

УДК 577.118:611.018.4(04)

А.А. Мадатова, Г.Р. Давлетгареева, А.С. Крайняя
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ
ТКАНИ ШКОЛЬНИКОВ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа

Резюме: провели сравнительную оценку минеральной плотности костной ткани детей пубертатного возраста (13-14 лет), проживающих в г. Мелеуз и с. Зирган Республики Башкортостан, участвовавших в 2010-2013 гг. в программе "Школьное молоко".

Ключевые слова: минеральная плотность костной ткани, дети пубертатного возраста.

A.A. Madatova, G.R. Davletgareeva, A.S. Krainya
COMPARATIVE ASSESSMENT OF MINERAL DENSITY OF BONE TISSUE IN
SCHOOLCHILDREN OF PUBERTAL AGE

Department of biological chemistry, Bashkir state medical university, Ufa

Summary: conducted a comparative evaluation of mineral bone density children enter adolescence (13-14 years) living in Meleuz and C. Serhan of the Republic of Bashkortostan, participated in 2010-2013 in the program "School milk".

Keywords: mineral bone density, children of pubertal age.

Актуальность: региональные, возрастные, этнические особенности развития костной ткани, достижения пика костной массы и дальнейшие потери минеральной плотности костной ткани (МПКТ), привлекают пристальное внимание [1, 2]. Метаболические изменения скелета во взрослом состоянии часто связаны с возрастными особенностями минерализации костной ткани у детей. Формирование полноценного скелета определяется в физиологических условиях, характера питания, особенно достаточным обеспечением детского организма кальцием, витаминами, механической нагрузкой на скелет и другими факторами [3, 4].

Цель исследования: сравнительная оценка состояния МПКТ среди школьников 12-13-летнего возраста юга Башкирии (на примере г. Мелеуза и Мелеузовского района).

Материал и методы исследования. Провели обследование 113 школьников г. Мелеуз и с. Зирган Мелеузовского района. Для характеристики костной прочности использовали количественное ультразвуковое исследование костей на остеоденситометре «Omnisense

7000S» (Sunlight Medical Ltd, Израиль) с применением детской программы по Z-критерию в стандартных отклонениях (SD). Колебания Z-критерия в пределах 1,0 SD соответствует норме, снижение МПКТ диагностируется от -1 SD до -2,5 SD и ниже. Статистическую обработку результатов осуществили с использованием пакета программ Statistica 6,0 Windows.

Результаты и обсуждение: в 2010-2013 гг. по программе «Школьное молоко» дети получали во время школьного завтрака дополнительно по 200 мл молока 3 раза в неделю.

У детей, получавших молоко по программе "Школьное питание" имеются определенные различия в показателях костной прочности. Данные полученные при исследовании МПКТ показали, что среди девочек, получавших молоко, г. Мелеуз физиологическое значение МПКТ встречается у 62%, что превышает в 1.6 раза школьниц, не участвующих в программе (рисунок 1). У девочек с. Зирган физиологическое значение встречается у 67%, и почти в 2 раза превышает количество школьниц, не участвующих в программе "Школьное молоко". Аналогичная ситуация наблюдается между девочками с. Зирган со сниженной прочностью кости между группами сравнения.

%

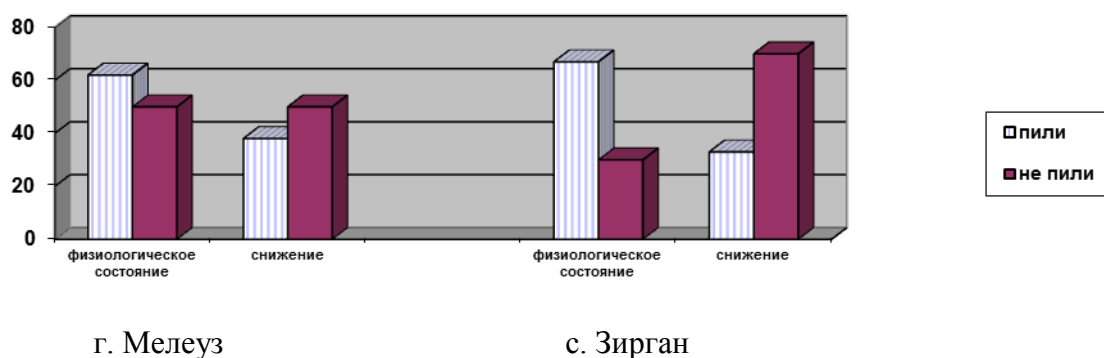


Рис. 1. Состояние костной ткани у девочек пубертатного возраста

Среди мальчиков, получавших молоко, в г. Мелеуз физиологическое значение МПКТ встречается у 33 %, а не участвующих в программе – у 40% (рисунок 2), тогда как показатели ниже нормы составили 67% и 60% соответственно. У мальчиков с. Зирган, участвующих в программе "Школьное молоко", снижение плотности костной ткани встречается у 65%, и почти в 2 раза меньше количество школьников с физиологическим значением. Аналогичная ситуация наблюдается между мальчиками с. Зирган, не получавших молоко.

%

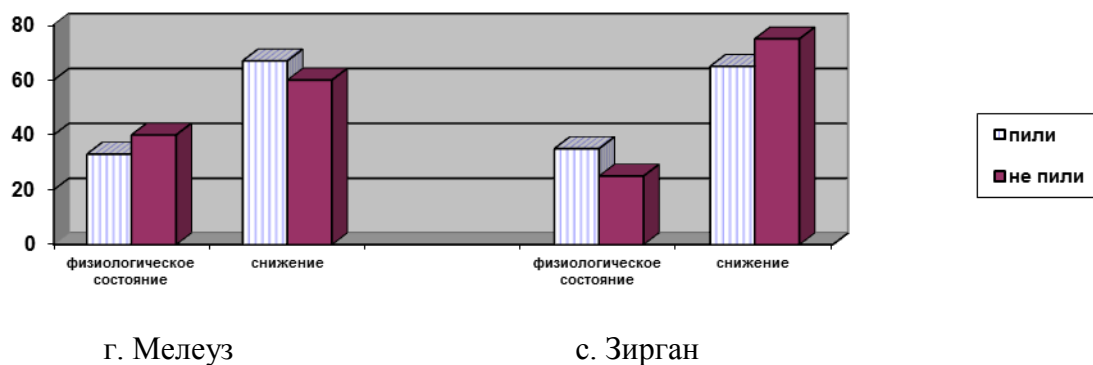


Рис. 2. Состояние костной ткани у мальчиков пубертатного возраста

Заключение и выводы: выполнение программы «Школьное молоко» способствовало повышению потребления кальция у девочек, увеличению количества детей с физиологическим состоянием МПКТ.

Литература

1. Н.А. Зотов, Т.В. Колесниченко, С.В. Мальцев, Г.Ш. Мансурова Минеральная плотность кости у детей в разные возрастные периоды. Сборник научных трудов и журналов: <http://cyberleninka.ru>, 2013- 106-108 с.
2. И. В. Круглова, Т. Ю. Моисеева, Л. А. Щеплягина Возрастные особенности минерализации осевого скелета у детей, Сборник научных трудов и журналов: <http://cyberleninka.ru>, 2006 – 10 с.
3. Самохина Е.О., Сотникова Е.Н., Щеплягина Л.А. и др. Эффективность пищевой профилактики нарушений роста в дошкольном возрасте. – Педиатрия. –2008.– 86 (3).– С. 68–72.
4. И. А. Скрипникова Современные подходы к профилактике остеопороза – 2001. <http://www.lvrach.ru/2001/02/4528524/>

УДК:577

А.Р. Кутлубаева, В.И. Мальцева

**РОЛЬ ЛЕЙКОТРИЕНОВ В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приводятся общие сведения о лейкотриенах и их модификаторах, а также данные исследования заболеваемости бронхиальной астмой у студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Ключевые слова: лейкотриены, модификаторы, бронхиальная астма.

A.R.Kutlubaeva, V.I. Maltseva

**THE ROLE OF LEUKOTRIENES IN THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF
BRONCHIAL ASTHMA**

Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: the article provides an overview of leukotrienes and their modifiers, as well as data from a study of morbidity of asthma in students of the Bashkir State Medical University.

Keywords: leukotriene, modifiers, bronchial asthma.

Актуальность: бронхиальная астма – одно из самых распространенных заболеваний дыхательной системы человека. Для нее характерно множество медиаторов воспаления, однако ключевая роль принадлежит цистеиновым лейкотриенам (ЛТ), которые являются не только мощными бронхоконстрикторами, но и участвуют в повышении проницаемости сосудов и гиперсекреции слизи, высвобождении нейрпептидаз, влияют на активацию эозинофилов, гипертрофию гладкой мускулатуры бронхов и депозицию коллагена [6]. Главный эффект лейкотриенов - бронхоспазм лежит в основе патогенеза бронхиальной астмы. В настоящее время идёт поиск эффективных методов лечения и профилактики этого заболевания.

Цель исследования: выявление частоты встречаемости бронхиальной астмы у студентов Башкирского государственного медицинского университета, а также их осведомленности о патогенезе заболевания и его профилактике.

Материалы и методы: авторская анкета для студентов – «Бронхиальная астма».

База исследования: студенты второго курса лечебного факультета БГМУ – 200 человек.

Лейкотриены - группа липидных высокоактивных веществ, образующаяся в организме из арахидоновой кислоты, которая отщепляется от фосфолипидов цитоплазматической

мембраны с помощью фосфолипазы A_2 . Далее арахидоновая кислота может трансформироваться двумя путями: под действием *циклооксигеназы* она превращается в простаноиды, а липоксигеназной ферментной системы - в лейкотриены. Подкласс лейкотриенов вместе с простаноидами, входит в класс эйкозаноидов.

В 1938 году Киллвэй и Фелдберг, при исследовании воздействия яда кобры на лёгкие морских свинок, случайно обнаружили в лёгочном перфузате неизвестное ранее вещество, обладающее бронхоконстрикторным действием, названное ими медленно реагирующей субстанцией анафилаксии (МРСА). В 1960 году Брокхёрст выделил МРСА из лёгочной ткани больного бронхиальной астмой, тем самым подтвердив, что МРСА обладает выраженным бронхоконстрикторным действием и является важным медиатором в развитии аллергического воспаления у больных бронхиальной астмой.

В конце 1970-х годов была расшифрована структура молекулы МРСА. В исследованиях Бенгта Самуэльсона и его сотрудников было показано, что МРСА представляет собой неоднородную структуру, относящуюся к семейству липидных медиаторов. Впервые эти медиаторы были выделены из лейкоцитов и характеризовались наличием конъюгированной триеновой структуры. В связи с этим выделенные вещества были названы «лейкотриенами»[1].

В настоящее время идентифицированы 2 подгруппы лейкотриенов: ЛТС4, ЛТД4, ЛТЕ4, ЛТФ4, содержащие в боковой цепи пептидные остатки и ЛТВ4, имеющий другое строение.

Первые модулируют специфические рецепторы, сопряженные с G-белком, их обозначают CysLT-R и выделяют 2 типа. Взаимодействие лейкотриенов с рецепторами 1 типа (CysLT1) определяет спектр их основных эффектов (бронхоспазм). Связывание ЛТ с рецепторами 2 типа (CysLT2) изменяет тонус и проницаемость сосудов. Лейкотриен В4 модулирует другой тип рецепторов - BLT1 и BLT2-рецепторы (ЛТВ4-рецепторы) [4]. У здоровых лиц и астматиков провокационный тест ЛТС4 и ЛТД4 приводит к бронхоспазму и селективному повышению уровня эозинофилов и нейтрофилов, инфильтрирующих дыхательные пути. У больных БА в период обострения болезни в несколько раз повышается содержание ЛТС4 в назальном секрете и бронхоальвеолярной жидкости, а также экскреция ЛТЕ4 с мочой [2,3].

Проведение антилейкотриеновой терапии приводит к быстрому улучшению функциональных показателей легких у больных БА любой степени тяжести. Антигистаминные препараты в сочетании с модификаторами ЛТ предотвращают появление многих симптомов атопии при поллинозах, БА, аллергическом рините. Сочетание с глюкокортикоидами улучшает функциональные показатели легких и способствует снижению более чем вдвое дозы гормональных препаратов при сохранении контроля над

течением БА. Применение антилейкотриеновых препаратов позволяет уменьшить интенсивность симптомов БА и улучшить переносимость физической нагрузки [2]. Их назначение показано практически всем больным БА, особенно с такими вариантами течения заболевания, как аспириновая астма, а также бронхоспазм, индуцированный физической нагрузкой и холодным воздухом [3].

Таким образом, исследование литературы показало, что лейкотриены играют очень важную роль при лечении заболевания бронхиальной астмы и нуждаются в более подробном изучении.

Результаты и обсуждение: нами было проведено исследование студентов второго курса лечебного факультета БГМУ с целью выявления частоты встречаемости бронхиальной астмы у студентов Башкирского государственного медицинского университета, а также их осведомленности о патогенезе заболевания. Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица 1

Итоги тестирования студентов по анкете «Бронхиальная астма»

Вопрос	Ответ на вопрос и процент ответов
Сколько вам лет?	100% в возрасте от 18 до 21 года
Ваш пол?	Женский – 70%
	Мужской – 30%
Страдаете ли вы бронхиальной астмой?	Да – 8%
	Нет – 92%
Есть ли у вас родственники, страдающие бронхиальной астмой?	Да – 15%(от всех исследуемых)
	Нет – 85%(от всех исследуемых)
Курите ли вы?	Да – 18% (от всех исследуемых)
	Нет – 82%(от всех исследуемых)
Что вызывает у вас приступы бронхиальной астмы?	8% (кто имеет заболевание) – аллергены типа пыльцы, пыли и шерсти, а также переохлаждения
Какова сезонность бронхиальной астмы у вас?	8% (кто имеет заболевание) : 30% - не зависит от времени года; 20% - летом 50% - весной
По вашему мнению, где чаще встречается заболевание бронхиальная	75% - в городе (от всех исследуемых)
	35% - в сельской местности (от всех)

астма	исследуемых)
-------	--------------

Закключение и выводы:

1. Из двухсот исследуемых человек 8% (16 человек) имеют заболевание бронхиальная астма.
2. У всех имеющих заболевание причиной приступов являются аллергены типа пыльцы, пыли и шерсти, а также переохлаждение.
3. 18 % исследуемых курят, среди них есть и те, кто болеет бронхиальной астмой, а значит, тем самым они способствуют развитию заболевания.
4. Подавляющее большинство больных (50%) утверждают, что сезонность их заболевания весенняя, несколько меньше (20%) - летняя, а остальные 30% - не зависят от времени года.
5. Мнение исследуемых о частоте встречаемости заболевания разделилось: 75% опрошенных считают, что заболевание чаще развивается в городе, а 35% - в сельской местности.

В ходе исследования мы выяснили, что студенты БГМУ достаточно неплохо осведомлены о заболевании бронхиальная астма, а так же то, что на группу из 200 человек может приходиться до 15-16 человек больных бронхиальной астмой. В семье больных бронхиальной астмой есть также болеющие родственники. Чаще всего причины приступов - различные аллергены и переохлаждение, а сезонность заболевания весеннее- летняя.

Литература

1. Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия: Учебник.- 3-у изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 1998.- 704 с.: ил.- (Учебная литература для студентов медицинских вузов).
2. Под ред. Гущина И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль, 1998. 250 с.
3. Мачарадзе Д.Ш. Влияние аколата на уровень ИЛ-2 крови у детей с бронхиальной астмой // Педиатрия. №5: 61-64, 2000.
4. В.М. Покровский, Г.Ф. Коротько, Ю.В. Наточин и др. Физиология человека. Учебник в двух томах./ Под. Ред. В.М. Покровского, Г.Ф.Коротько.- М.:Медицина, 1998.- 368с.: {2} л. ил. – (Учебная литература для студентов медицинских вузов).
5. Holgate S., Sampson A. Antileukotriene therapy // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 161: S147-S153, 2000.
6. Barnes N. Effects of antileukotrienes in the treatment of asthma // Am. J. Respir.

Crit. Care Med. 161: S73-S76, 2000.

УДК: 616.89-008.454-053.9-079.4

О.А. Казамирова

**СОВЕРМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОХИМИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ
РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме: основными звеньями патохимических механизмов развития болезни Альцгеймера являются, генетическая предрасположенность, измененный метаболизм нервных клеток, низкая интеллектуальная нагрузка, инфекционные заболевания.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, патохимические механизмы.

О.А. Kazamirova

**MODERN CONCEPTS OF PATHOCHEMICAL MECHANISMS
OF ALZHEIMER'S DISEASE DEVELOPMENT**

Department of biological chemistry, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: main elements of the patochemical mechanisms of Alzheimer's disease development are genetic predisposition, changed metabolism of neurocytes, low intellectual activity and inflectional diseases.

Keywords: Alzheimer's disease, patochemical mechanisms.

Актуальность: болезнь Альцгеймера (БА) представляет собой одно из наиболее распространенных нейродегенеративных заболеваний, основным симптомом которого является слабоумие. Она впервые описана еще в 1907 году немецким психиатром Алоисом Альцгеймером, однако до настоящего времени является достаточно труднодиагностируемой, поскольку ее первые признаки легко спутать с проявлением других неврологических заболеваний, таких, как пресенильная деменция, старческое слабоумие, хорея Гентингтона, а также с возрастными изменениями в головном мозге человека. Начальные симптомы болезни достаточно вариабельны и зависят от ее стадии, и ранними признаками являются головные боли, головокружение, расстройства внимания, небольшие нарушения памяти и когнитивных способностей, раздражительность. В последующем, при развитии очаговых повреждений головного мозга, появляются такие симптомы, как утрата возможности совершать автоматизированные действия, потеря способности составлять целое из частей, неспособность связать слова в правильное предложение, потеря способности считать, сидеть и ходить, разговаривать, наступает полное истощение организма.

Рост заболеваемости БА, недостаточная изученность отдельных звеньев ее патогенеза, сложности ранней диагностики и социальной адаптации больных определяют актуальность дальнейшего изучения патохимических механизмов развития этой патологии. В этой связи представляет интерес анализ доступной литературы, посвященной изучению патогенеза данного заболевания, и обобщение имеющихся данных.

В настоящее время выделяют несколько факторов риска развития БА. К первой группе риска относится пожилой и старческий возраст, поскольку известно, что угроза развития болезни по достижении 65-летнего возраста возрастает в два раза и примерно половина населения земли старше 85 лет страдает этим заболеванием [3]. Ко второй группе относится отягощенный анамнез: существует редкая форма заболевания, называемая семейной БА. В настоящее время ученым удалось выявить три генетические мутации, вызывающие накопление β -амилоида с развитием заболевания уже в возрасте 40-50 лет [5]. Третью группу составляют наследственные заболевания и перенесенная физическая травма. К примеру, установлено, что у людей, страдающих сахарным диабетом, вероятность развития БА вдвое выше [2, 8]; кроме того, около 80% пациентов имеют также и болезни сердечно-сосудистой системы [9]. Предполагается, что это связано с тем, что причины развития патологий этой системы и БА совпадают. Наконец, травмы головы (особенно если они сопровождались потерей сознания) также могут стать провоцирующим фактором развития заболевания. В четвертую группу риска входят лица, ведущие нездоровый образ жизни, и лица, не имеющие достаточной интеллектуальной нагрузки. В связи с этим возникла теория о том, что организм человека косвенным образом способен защитить себя от деменции; и поэтому многие лица пожилого возраста стараются поддерживать свою интеллектуальную активность решением кроссвордов, заучиванием стихов и молитв и др. [14]. К пятой группе риска, по мнению K. Vакman et al., относятся женщины, что возможно, связано с большей продолжительностью их жизни [4].

Тонкие патохимические механизмы развития БА остаются до сих пор не изученными, однако существует ряд теорий патогенеза болезни. Согласно теории генетической предрасположенности, она ассоциирована с мутациями в четырех генах, расположенных в хромосомах 1, 14, 19 и 21. Существуют как минимум 3 гена, мутации которых приводят к началу так называемой ранней формы БА, и эта патология носит аутомно-доминантный характер. Один из этих генов – это ген белка-предшественника β -амилоида, локализованного в 21 хромосоме (белок APP от англ. Amyloid Precursor Protein), состоящий из 19 экзонов. Аминокислотная последовательность молекулы β -амилоида кодируется частями 16 и 17 экзонов. В норме белок APP подвергается протеолизу под воздействием β - и γ -секретаз с образованием молекулы β -амилоида, но этот процесс сам по себе не сопровождается

развитием болезни и играет важную роль в восстановлении нейронов после повреждений. Восемь известных патогенных точечных мутаций белка APP располагаются в 16 и 17 экзонах гена и сопровождаются нарушением δ - и γ -секретазного процессинга его белкового продукта. Результатом является гиперсекреция β -амилоида или синтез его длинных молекул, склонных к фибриллярной агрегации. В обоих случаях высвобождается пептид, который приобретает амилоидогенные свойства, и этот процесс лежит в основе образования сенильных бляшек. Но, несмотря на опасность, эта мутация встречается достаточно редко [6].

Оставшиеся два открытых гена расположены на хромосомах 14q24.3 и 1q31-42. Они высокоомологичны и кодируют родственные мембранные белки – пресинилины, которые экспрессируются в нейронах. Одной из их функций, по мнению С.Н. Иллариошкина и соавт., является регуляция внутриклеточного транспорта мембранных белков [1]. Это означает, что эти белки могут влиять и на транспорт предшественников β -амилоида. При мутации в пресинилинах происходит гиперпродукция амилоидогенных форм пептида - амилоида с последующим формированием сенильных бляшек.

Согласно другой теории развития БА, механизм патогенного эффекта пресинилиновых генов заключается в индуцировании апоптоза из-за нарушенной регуляции кальциевого гомеостаза и активации свободнорадикальных реакций. В этом случае нарушение процессинга APP белка является лишь вторичным фактором развития болезни Альцгеймера.

Существует также и β -амилоидная теория развития БА, поскольку при исследовании мозга пациентов обнаружено, что заболевание всегда сопровождается накоплением в ткани мозга большого количества белка с патологической конформацией – β -амилоида, формирующего сенильные бляшки [12]. По сути это семейств двух родственных белков, состоящих, соответственно, из 40 и 42 аминокислотных остатков. Первый из них не патогенен, а с увеличением продукции второго ассоциировано развитие БА. β -амилоидные нити, образованные одним из пептидов, конденсируются в межклеточном пространстве с формированием сенильных бляшек, которые располагаются в непосредственной близости от дегенерирующих аксонов и дендритов. Вначале β -амилоид накапливается в наружных частях коры, а затем распространяется и к гиппокампу и накапливается в сосудах головного мозга. Следует отметить, что подобные амилоидные скопления в малых количествах встречаются в мозге также и пожилых людей, не страдающих БА.

Следующей является теория влияния β -амилоида на кровоснабжение головного мозга при БА. По мнению E. Roberson et al, амилоидные бляшки могут накапливаться не только в ткани головного мозга, но и вокруг кровеносных сосудов [13]. Нейроны передают импульс по астроцитам к кровеносным сосудам. Получая этот импульс, сосуды расширяются,

обеспечивая клеткам достаточное кровоснабжение. Астроциты имеют крошечный выступ – endfeet, который передает информацию к кровеносным сосудам. При проникновении в него амилоидной бляшки передача импульса затрудняется, что сопровождается нарушением питания активно функционирующего нейрона с последующей его гибелью.

Существует также теория патологической агрегации тау-белка, который в норме участвует в формировании микротрубочек и цитоскелета клетки, обеспечивающих транспорт питательных веществ от центра к периферии нейрона и обратно. При БА тау-белок подвергается избыточному фосфорилированию с последующим формированием своеобразных нейрофибриллярных сплетений, что разрушает транспортную систему нейрона. Эти изменения в тау-белке происходят преимущественно в аксонах, которые уже повреждены сенильными бляшками. Аномальные белки начинают накапливаться в нейронах гиппокампа, а в дальнейшем и в коре головного мозга с последующим нарушением таких нейрофизиологических процессов, как мышление, внимание и осознанность.

По мнению доктора G.E. Karagoz, «большинство исследований БА сосредоточены на β -амилоиде, из-за этого поле изучения заболевания стало «близоруким». Однако анализ доступной литературы позволил прийти к заключению о том, что патогенный тау-белок начинает накапливаться в нейронах гиппокампа и нервные клетки этой области погибают. Позже β -амилоид начинается накапливаться в коре, а потом распространяется вниз к гиппокампу и другим областям мозга. Наше исследование показывает, что накопление амилоида способствует снижению познавательной деятельности, тогда как тау-белок напрямую влияет на тяжесть патологии. Если этот белок не оказывает воздействие на гиппокамп, то связь между амилоидом и нарушением сознания исчезает. Это означает, что тау-белок является пусковым механизмом развития БА» [11].

Существует также и теория поражения холинергической системы как ведущего звена развития БА: по данным S.T. DeKosky et al., это заболевание сопровождается существенным замедлением выброса ацетилхолина из везикул в синаптическую щель и обратного захвата холина [7]. Ацетилхолин необходим для функционирования нейронов, участвующих в процессах запоминания и хранения информации. Холинергическая система расположена в базальных отделах переднего мозга, который проецирует свои аксоны по всей коре головного мозга. Базальные ядра располагаются на границе лимбической системы и коры головного мозга и их функцией является формирование эмоционального реагирования. При БА базальные ядра атрофируются, что приводит к недостаточной функциональной активности всей холинергической системы. В настоящее время эти данные о влиянии уменьшения количества ацетилхолина в нервных синапсах являются основой для разработки способов лекарственной коррекции этого заболевания, в частности, применяются

ингибиторы ацетилхолинэстеразы, в результате чего его количество увеличивается и процесс потери памяти приостанавливается.

По мнению R. F. Itzhaki et al, БА является инфекционной патологией [10], поскольку в ткани головного мозга пожилых людей часто обнаруживаются некоторые вирусы и бактерии. К примеру, вирусы простого герпеса и энцефалита повреждают области лимбической системы, которые связаны с формированием памяти, когнитивными и аффективными процессами, а так же с проблемами восприятия действительности, то есть влияют на те участки мозга, которые повреждаются и при БА. У мышей, зараженных вирусом герпеса, наблюдается осаждение β -амилоида и накопление тау-белка в отдельных участках головного мозга, что является типичным признаком БА, и это доказывает существование некоторой связи между наличием вируса в ткани головного мозга и развитием данного заболевания. Исследователи предполагают, что микроорганизмы (вирус герпеса, спирохеты и хламидии) накапливаются в ткани головного мозга в латентном виде и активируются при старении, так как в этом возрасте снижается активность системы иммунной защиты организма. В результате действия микроорганизма повреждаются нейроны, что ведет к прогрессивной синоптической дисфункции, потере нейронов и, как следствие, развитию БА. Согласно этой теории, индукция продукции β -амилоида является исключительно защитным механизмом макроорганизма.

Заключение и выводы: таким образом, согласно современным литературным данным, болезнь Альцгеймера является полиэтиологической патологией и имеет сложный патохимический механизм развития. Ведущими звеньями развития заболевания являются генетическая предрасположенность, измененный метаболизм нейроцитов, а так же низкая интеллектуальная нагрузка в пожилом и старческом возрасте. Несмотря на то, что многие причины развития болезни уже установлены, тонкие механизмы формирования ее симптомокомплекса пока не известны, и это не позволяет разработать эффективные меры ее профилактики. Однако исследования в этой области продолжаются, что дает надежду на решение проблемы патогенеза и лечение болезни Альцгеймера в ближайшем будущем.

Литература

1. Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д. ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии. – М., МИА. – 2002.
2. Akter K., Lanza EA., Martin SA., Myronyuk N. et al. Diabetes mellitus and Alzheimer's disease: shared pathology and treatment? // Br J Clin Pharmacol. – 2011. – V. 71. – P. 365-376.

3. Alzheimer's Association Report. Alzheimer's disease prevalence rates rise to more than Five Million in USA. - 2007.
4. Backman K., Joas E., Skoog I. et al. 37 Years of Body Mass Index and Dementia: Effect Modification by the APOE Genotype: Observations from the Prospective Population Study of Women in Gothenburg, Sweden // *Journal of Alzheimer's Disease*. – 2015. – V. 7. – P. 56-68.
5. Borenstein A.R., Copenhaver C.I., Mortiner J.A. Early-life risk factors for Alzheimer's disease // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* – 2006. – V. 2. – P. 63-72.
6. Davidlus ML., Plassman BL., Pirzada A. et al. Risk Factors and Preventive Interventions for Alzheimer Disease: State of the Science // *Arch Neurol.* – 2011. – V. 68. – P. 1185-1190.
7. DeKosky S.T., Styren S.D., Beckett L. et al. Up-regulation of choline acetyltransferase activity in hippocampus and frontal cortex of elderly subjects with mild cognitive impairment. // *Ann Neurol.* – 2002. – V. 51. – P. 145-155.
8. Gong X., Xie Z., Zuo H. In vivo insulin deficiency as a potential etiology for demyelinating disease // *Med. Hypothes.* – 2008. – Vol. 71. – P. 399-403.
9. Hsu CY., Huang SS., Chan WI. et al. Angiotensin-receptor blockers and risk of Alzheimer's disease in hypertension population in a nationwide cohort study // *Circ J.* - 2013. – V. 77. – P. 405-410.
10. Itzhaki, Ruth F., Lathe, Richard. et al. Microbes and Alzheimer's Disease // *Journal of Alzheimer's Disease*. – 2016. - P. 1-6.
11. Karagoz G.E. Hsp90-Tau Complex Reveals Molecular Basis for Specificity in Chaperone Action. – 2014. – V. 156. – P. 963-974.
12. Masters C.L., Selkoe D.J. Biochemistry of amyloid β -protein and amyloid deposits in Alzheimer disease // *Cold Apr. Harb. Perspect. Med.* – 2012. – V. 6. – P. 1-24.
13. Roberson E. Alzheimer's-Linked brain plaques may also slow blood flow // *University of Alabama at Birmingham. News release.* – 2015.
14. Swan G. E., Lessov-Schlaggar C.N. The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain // *Neuropsychol. Rev.* – 2007. – V. 17. – P. 259-273.
- 15.

И.Ф.Кадаев, Л.З.Турумтаева, К.В. Фаткуллин, А.Е. Ряховский

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕТГЕМОГЛОБИНЕМИИ

**Кафедра патологической физиологии, Башкирский государственный
медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: метгемоглобинемия – увеличение уровня гемоглобина, содержащего окисленное железо (метгемоглобин – МtHb), в эритроцитах крови. Метгемоглобин относится к так называемым дисгемоглобинам - дериватам гемоглобина, не способным транспортировать кислород. Экспериментальное моделирование данного состояния имеет большое клиническое значение.

Ключевые слова: Метгемоглобин, Метгемоглобинемия, фотометрический метод, ко-оксиметрия, феррицианидное моделирование метгемоглобина.

Kadaev I.F., Turumtaeva L.Z., Fatkullin K.V., Ryakhovskiy A.E

EXPERIMENTAL MODELING OF METHHTMOGLOBINEMIA

Department of Pathological Physiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: Methemoglobinemia – increase of hemoglobin level which contains oxidized iron (methemoglobin - MtHb) in erythrocytes. Methemoglobin relates to the so-called disgemoglobinam - hemoglobin derivatives that are not able to transport oxygen. The experimental modeling of this condition has a great clinical significance.

Keywords: Methemoglobin, Methemoglobinemia, photometric method, co-oximetry, methemoglobin ferricyanide, restored methemoglobin, nitrosohemoglobin, nitrite methemoglobin, ferricyanide modeling of methemoglobin.

Актуальность: одним из наиболее клинически значимых производных гемоглобина является метгемоглобин (MetHb или Hi)-продукт окисления Fe^{2+} в составе гема до Fe^{3+} , при этом железо теряет способность связывать и транспортировать кислород. Существует большое количество методов определения метгемоглобина в крови, среди которых наибольшее распространение получил фотометрический метод Evelyn-Malloy (считается референтным) [1,2]. В настоящее время, в связи с распространением анализаторов газов крови с входящими в их состав блоками ко-оксиметрии, а также портативными ко-оксиметрами, встает вопрос о сопоставимости между собой результатов, полученных при измерении различными приборами. По причине отсутствия коммерческих аттестованных контрольных материалов с высокими уровнями метгемоглобина (основная причина- нестабильность MetHb в крови и гемолизатах), возникает необходимость в создании

«кустарных» контрольных материалов, позволяющих провести сравнительные измерения на современных газовых анализаторах/ко-оксиметрах и классическим методом Evelyn-Malloy. Одним из основных метгемоглинообразователей, использующихся для моделирования метгемоглобинемии, является нитрит натрия (NaNO_2), причем его добавление к цельной крови применяется, как правило, в сочетании с последующим отмыванием эритроцитов для предупреждения воздействия «не прореагировавшего» нитрита натрия. Также метгемоглобин может быть получен при воздействии феррицианида калия ($\text{K}_3[\text{Fe}(\text{CN})_6]$) на свободный эндоэритроцитарный гемоглобин.

Цели и задачи: оценить стабильность нитритного (без отмывания) и феррицианидного метгемоглобина в экспериментальных образцах крови.

Материалы и методы: 40 мл свежеполученной от здорового добровольца венозной крови были перенесены в равном количестве в 13 вакуумных гепариновых пробирок (по 3 мл крови). В дальнейшем в семь пробирок вносился 4% раствор NaNO_2 в количестве от 5 до 35 мкл, а в оставшиеся шесть пробирок, после предварительного лизирования эритроцитов дезоксихолатом натрия, добавлялся 10% раствор $\text{K}_3[\text{Fe}(\text{CN})_6]$ в количестве от 5 до 50 мкл. Впоследствии был проведен ряд измерений уровня метгемоглобина в полученных образцах крови: через 40, 70, 10, 135, 200 и 480 минут.

Результаты и обсуждение: результаты измерений отражены в таблицах 1 и 2. Выявленная стабильность феррицианидного MetHb, вероятно, обусловлена нарушением работы систем восстановления MetHb вследствие разрушения эритроцитов.

Рост уровня нитритного MetHb (по сравнению с первоначальным), вызван, скорее всего, постепенным проникновением нитрита натрия внутрь эритроцитов, тогда как его последующее снижение может быть как следствием восстановления окисленного гемоглобина, так и переходом метгемоглобина в нитрозогемоглобин.

Таблица 1

		Стабильность феррицианидного метгемоглобина					
10% $\text{K}_3[\text{Fe}(\text{CN})_6]$	/	40 мин	70 мин	105 мин	135 мин	200 мин	480 мин
Экспозиция		MetHb	MetHb	MetHb	MetHb	MetHb	MetHb
5 мкл		5,3	5,2	5,5	5,5	5,4	5,4
10 мкл		9,9	9,7	10,1	10,3	10,2	10,3
20 мкл		19,4	19,3	19,6	19,8	19,6	19,9
25 мкл		24,5	24,4	24,9	24,8	24,3	24,5
30 мкл		28,1	29,5	29,6	29,7	29,7	29,5
50 мкл		49,7	49,5	50	49,6	49,6	49,4

Таблица 2

Изменение уровня метгемоглобина во времени при нитритном моделировании (без отмывания эритроцитов)

4%	NaNO ₂	/	40 мин	70 мин	105 мин	135 мин	200 мин	480 мин
Экспозиция			MetHb	MetHb	MetHb	MetHb	MetHb	MetHb
5 мкл			17,3	17,8	16,8	15,1	11,6	2,9
10 мкл			26,6	28,6	28,2	26,8	22,9	7,9
15 мкл			37,4	40,8	41,2	40,4	37,1	18,8
20 мкл			40,6	44,6	45,4	45,2	42,3	23,2
25 мкл			52,8	58,2	60,3	61,7	61,7	42,8
30 мкл			57,5	61,6	63,9	65,8	70,1	56,4
35 мкл			59,7	63,2	66,3	68,4	75,7	70,4

Заключение и выводы: феррицианидное моделирование метгемоглобинемии позволяет получить стабильные по уровню MetHb образцы крови, но требует обязательного предварительного лизирования эритроцитов, в то же время нитритное моделирование без отмывания эритроцитов не дает стабильного уровня MetHb, но, возможно, может быть использовано для оценки состояния восстановительных систем.

Литература

1. Кушаковский М.С. Клинические формы повреждения гемоглобина.- Л.: Медицина, 1968 с 44-69
2. СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИТРИТОВ В ТРУПНОЙ КРОВИ. С.С. Катаев, В.С. Чухустова, П.А. Актуальные проблемы патологической анатомии и судебной медицины. Межвузовский сборник научных работ. Изд. Саратовского медицинского университета, 2001, с. 158-161.

УДК: 615.456.1

А.А.Долганов

**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОГО
РАСТВОРА СОГЛАСНО МЕТОДИКЕ КРОВЯНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ ДЛЯ
ЗАЩИТЫ МИОКАРДА ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, Башкирский государственный
медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: в статье описаны результаты исследований по разработке состава и технологии приготовления кардиоплегического средства в виде инъекционного раствора, а также приведены результаты исследований по изучению свойств разработанных составов средства согласно методике кровяной кардиopleгии для защиты миокарда при тотальной ишемии в эксперименте в опытах in vivo. По результатам последнего выбраны оптимальные состав и технология приготовления средства для кардиopleгии.

Ключевые слова: кардиopleгическое средство, кардиopleгический раствор, технология получения кардиopleгического раствора, кардиopleгия.

A.A.Dolganov

**CHOISE OF OPTIMAL COMPOSITION CARDIOPLEGIC SOLUTION
ACCORDING TO THE PROCEDURE BLOOD CARDIOPLEGIA PROTECTION
MYOCARDIUM IN TOTAL ISHEMIA IN EXPERIMENT**

GBUZ Republican Cardiology Center, Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: the article describes results of studies on the development of composition and technology of the cardioplegic drug; results of studies on the agent properties according to the method of blood cardioplegia (CP) for myocardial protection in case of total ischemia in experiment in vivo also reported.

Keywords: cardioplegic drug, cardioplegic solution, technology of cardioplegic agent formulation, cardioplegia.

Актуальность: разработка эффективного средства для кардиopleгии весьма актуальна в России. Постоянное совершенствование кардиопротекции, многообразие подходов к выбору варианта кардиopleгии свидетельствует об отсутствии оптимального метода и подтверждает необходимость дальнейшего изучения проблемы с использованием разработанного кардиopleгического средства.

Цель исследования: разработка состава, технологии получения и стандартизация медицинского средства в виде кардиоплегического раствора, которое может быть рекомендовано к использованию при операциях на открытом сердце, а именно при остановке сердца во время операции коронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения.

Материалы и методы: для получения растворов нами было использовано 10 различных комбинаций ингредиентов.

Таблица 1.

Составы растворов кардиоплегического средства

	Ингредиенты, г					
	магния сульфат	калия хлорида	натрия хлорида	кальция хлорида	новокаина	стерильной воды для инъекций
	4,0	0,8	0,126			до 50 мл
	0,1676	0,0597	0,3215	0,0088		до 50 мл
	0,1676	0,0597	0,3215	0,0088	0,266	до 50 мл
	4,0	0,8	0,126		0,266	до 50 мл
	25% - 16 мл	4% – 20 мл	0,9% – 14 мл			
	2,0	0,8	0,126			до 50 мл
	0,1676	0,0597	0,3215			до 50 мл
	0,1676	0,0597	0,3215		0,266	до 50 мл
	2,0	0,8	0,126		0,266	до 50 мл
0	раствор «Кустодиол»: натрий 15 ммоль/л, калий 9 ммоль/л, кальций ионизированный 0,015 ммоль/л, магний 8 ммоль/л, триптофан 2 ммоль/л, гистидин 180 ммоль/л, маннитол 30 ммоль/л, кетоглутарат 1 ммоль/л, гистидин-HCL 15 ммоль/л, pH 7,2 [4]					

Состав №1: Получают раствор для кардиopleгии следующим образом. Рассчитанное количество чистых для инъекций магния сульфата, калия хлорида, натрия хлорида

растворяют при температуре 30-35°C в стерильной воде для инъекций, предварительно прокипяченной для удаления углекислоты. рН раствора 6,0. Полученный раствор фильтруют через мембранные пластины типа "Миллипор" с диаметром пор 0,22 мкм, разливают в стерильные флаконы по 50 мл под обкатку и стерилизуют паровым методом при 100°C 30 минут.

Составы №2-4, 6-9 получают аналогичным образом.

Состав №5: Получают раствор следующим образом. Отмеренное количество растворов для инъекций магния сульфата, калия хлорида, натрия хлорида смешивают в стерильном флаконе 50 мл.

Нами были исследованы свойства приготовленных составов согласно методике кровяной КП для защиты миокарда при тотальной ишемии в эксперименте, изолированного сердца - диастолическое внутреннее давление в левом желудочке (ДВЛЖД). Эксперименты были проведены на крысах-самцах массой 200-300 г. линии Wistar с использованием методики перфузии изолированного сердца по Лангендорфу. Было сформировано пять групп: контрольная без КП, №1-9 - с КП исследуемых составов, № 10 - с КП раствором «Кустодиол». Забор крови осуществлялся посредством пункции сонной артерии крысы. Кровяной кардиоплегический раствор изготавливался в соотношении кровь/ КПП1=1/3 с добавлением 1 мл гепарина натрия. Температура сердца поддерживалась на уровне +37°C.

Результаты и обсуждение: экспериментальный протокол включал 15 мин. стабилизации, 60 мин. ишемии и 60 мин. реперфузии. На 1, 21 и 41 мин. ишемии вводился КПП под давлением 80 мм рт. ст. Эффективность сравниваемых методик оценивалась по величине диастолического внутрижелудочкового давления (ДВЛЖД) на 5 и 30 минуте периода реперфузии и размеру необратимого повреждения миокарда (НПМ). После завершения реперфузии производилось гистохимическое исследование размеров НПМ с помощью окрашивания срезов сердца трифенилтетразолия хлоридом (ТТХ). Затем компьютерным методом вычисляли объём зоны НПМ по отношению к общему объёму ткани.

Состав №1 не уступал по КП с известным раствором Кустодиол: ДВЛЖ на 5 мин- 27, 3± 6,5 мм рт. ст., на 30 мин 11,9±6,5 мм рт. ст. Размер необратимого повреждения - 12,7±8,9% - достоверно не отличался от аналогичного показателя КП раствора (p=0,01).

Готовое кардиоплегическое средство представляет собой бесцветную, прозрачную стерильную жидкость, рН=6,0 в виде инъекционного раствора, предназначенного для использования при операциях на открытом сердце, а именно для его остановки и локальной перфузии при пережатии проксимального отдела аорты при введении в корень аорты в малом объёме до 50 мл. Сохранение энергетических ресурсов миокарда достигается быстрой

до 4 секунд остановкой сердца, с выраженным стабильным действием в течение до 40 минут, не требующим дополнительного введения, с последующим восстановлением нормального сердечного ритма, а именно ускоренного восстановления сердечного ритма после снятия зажима с аорты, и как следствие меньшей продолжительностью искусственного кровообращения.

Для количественной оценки ингредиентов, входящих в состав раствора состава №1, использовали титриметрические методы. Так, магния сульфат количественно оценивали комплексометрически согласно ОФС 42-0090-080. Количественную оценку суммы хлоридов проводили аргентометрически.

Заключение и выводы: в ходе эксперимента по изучению свойств экспериментальных составов согласно методике кровяной кардиopleгии (КП) для защиты миокарда при тотальной ишемии в эксперименте в опытах *in vivo*, разработан состав, технология получения, и стандартизация кардиopleгического средства в виде инъекционного раствора, содержащего магния сульфат, калия хлорид, натрия хлорид и воду для инъекций [4, 7]. Установлено, что с помощью титриметрических методов анализа можно с достоверностью оценить качество предлагаемой лекарственной формы.

Литература

1. Drewnowska K., Clemo H.F., Baumgarten C.M. Prevention of myocardial intracellular edema induced by St. Thomas Hospital cardioplegic solution. *J Mol Cell Cardiol.* 1991; 23(11): 1215-1221.
2. Жидков И.Л., Кожевников В.А., Иванов В.А., Морозов Ю.А., Андрианова М.Ю., Ван Е.Ю., Трекова Н.А. Сравнительная оценка клинического применения кардиopleгических растворов Кустодиол и Консол при коррекции патологии клапанов сердца. URL: <http://www.samsonmed.ru/konsol?id=83> (Дата обращения: 02.02.15).
3. Макеев О.Г., Шуман Е.А., Коротков А.В. Генно-терапевтическая коррекция патогенетических механизмов коронарной недостаточности. Разработка и регистрация лекарственных средств. 2014. №4 (9). С.156-161.
4. Николаева И.Е., Ижбульдин Р.И., Шикова Ю.В., Долганов А.А. Средство для кардиopleгии (варианты). Заявление о выдаче патента Российской Федерации на изобретение №2406015 от 11.12.2014.
5. Смолянинов А.Б., Арьев А.Л., Афанасьев Б.В. Современные методы в репаративной кардиологии: опыт применения клеточных технологий. Молекулярная медицина. 2008. №1. С.7-14.

6. Шикова, Ю.В. Биофармацевтическое обоснование составов и разработка технологии производства мягких лекарственных форм: дис. д-ра фарм. наук. – Уфа, 2005. – 360 с.
7. Шикова, Ю.В. Разработка состава и технологии кардиоплегического средства / Ю.В.Шикова, И.Е. Николаева, В.В. Плечев, Р.И. Ижбульдин, А.А. Долганов, А.В. Епифанова // Медицинский альманах. – 2015. – №21(37). – С.122-125.

УДК 616-092.9

Г.Р. Галяутдинова., Л.А. Мхитарян, А.Е. Ряховский, К.В. Фаткуллин
ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА
ВЫЖИВАЕМОСТЬ КРЫС ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ

**Кафедра патологической физиологии, Башкирский государственный
 медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: сочетанные отравления угарным газом и алкоголем являются распространенной проблемой в нашей стране и во многих других странах мира. Токсикокинетика и токсико-динамика окиси углерода на фоне отравлений этиловым спиртом до конца не изучена. В связи с этим нами был поставлен эксперимент, в ходе которого необходимо было выяснить снижает ли алкогольная интоксикация устойчивость организма крыс к повышению уровня карбоксигемоглобина крови.

Ключевые слова: отравление угарным газом, алкогольное опьянение, крысы.

Galyautdinova GR, Mkhitaryan LA Ryakhovskiy AE Fatkullin KV

THE IMPACT OF SEVERE ALCOHOL INTOXICATION ON THE SURVIVAL OF
RATS WITH CARBON MONOXIDE POISONING

Department of Pathological Physiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: associated poisoning carbon monoxide and alcohol are the often problem in our country and the many other countries in the world. Toxicokinetics and toxicodynamics carbon monoxide has not been studied until the end. So, we decided will make an experiment that alcohol intoxication reduces the body's resistance of rats to increase blood levels of carboxyhemoglobin.

Keywords: carbon monoxide poisoning, alcohol intoxication, a rat.

Актуальность: отравление алкоголем одно из наиболее частых отравлений в быту в нашей стране и во многих других странах мира. Отравление угарным газом является самым распространенным из отравлений газообразными соединениями в государствах с холодным климатом в осенне-зимний период. На практике нередко встречается сочетание интоксикации угарным газом и алкоголем, например, в банях, саунах, жилых и промышленных помещениях с печным отоплением. К отравлению может привести нахождение в гараже автомобиля с включенным двигателем, работа электрогенераторов на бензине или дизельном топливе, природные и техногенные катастрофы. Известны отравления угарным газом при долгом стоянии в снежных заторах, когда возникает

обстановка, при которой выхлопные газы впереди стоящего автомобиля через воздухозаборник поступают в салон машины, стоящей сзади [1,2].

Данные литературы по поводу влияния алкогольного опьянения на течение острого отравления угарным газом оказались противоречивыми, одни авторы утверждают, что алкоголь обладает протективным действием снижая летальность и негативные последствия интоксикации СО. Другие, напротив, полагают, что действие алкоголя усугубляет течение отравления, увеличивает частоту осложнений [3]. Возможно это связано с тем что рассмотренные работы не являлись экспериментальными, материалами для исследования в них служили истории болезни и заключения судебно-медицинских экспертиз. При их анализе не учитывался анамнез пострадавших, наличие хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой, эндокринной системы, общее соматического состояния организма и другие факторы которые могли оказать решающее действие на исход интоксикации [4].

Цель исследования: экспериментальным путем установить влияние тяжелого алкогольного опьянения на выживаемость крыс при остром отравлении угарным газом.

Материалы и методы: работа выполнена на 12 белых крысах самцах возрастом 16-18 месяцев массой 260-300 г. Для эксперимента животные в случайном порядке разделены на 2 равные группы по 6 особей.

Этапы эксперимента:

1. Крысам первой группы внутрижелудочно вводили 30 мл водопроводной воды, животные второй группы внутрижелудочно получали 40% этиловый спирт из расчета 30 мл/кг.

2. Через 40 минут в две герметичные камеры объемом 5000 мл поместили по 6 крыс (по три из каждой группы), в первую камеру угарный газ не поступал, во второй камере концентрация СО составляла 0,25 %. Животных из камер извлекали при отсутствии визуальных признаков дыхания хотя бы у одной крысы либо по истечении 30 минут, нахождения в камере.

3. У всех крыс из хвостовой вены проводили забор 0,5 мл крови, концентрацию этанола определяли методом газовой хроматографии на аппарате «Кристалл 2000М», концентрацию карбоксигемоглобина определяли на анализаторе фракций гемоглобина «ПолиГЕМ Экспресс Про».

Результаты и обсуждение: во всех камерах у животных группы 1 количество алкоголя в крови не превышало 0,3 ‰, что соответствует норме. В крови крыс группы 2 этиловой спирт определялся на уровне 1,9 – 2,7 ‰, что позволяло констатировать тяжёлую алкогольную интоксикацию.

В первой, контрольной камере у всех животных концентрация карбоксигемоглобина не превышала 3 %, длительность всех четырех заходов составляла максимальные 30 мин, по истечению которых крысы были благополучно извлечены из затравочной камеры.

Продолжительность контакта с угарным газом во второй камере составляла от 24 до 29 минут в среднем 26 минут уровень карбоксигемоглобина у крыс группы 2 составлял от 38 до 44 % в среднем 42 %, в группе 2 доля карбоксигемоглобина составляла от 40 до 43 %, в среднем 41 %. У крыс из группы D наблюдалась остановка дыхания через 26, 29, 24 и 27 минут контакта с оксидом углерода при его концентрации в камере 0,25 %.

Уровень карбоксигемоглобина в крови у всех животных во второй камере составлял в среднем 41-42 %, при этом если состояние крыс из группы 1 было удовлетворительным; животные активно перемещались по камере, сохраняли привычную позу на протяжении всего эксперимента, после извлечения из камеры продолжали вести себя активно. Крысы группы 2 через 5-10 минут прекратили перемещение по камере, через 15-20 минут 100% крыс группы D впали в коматозное состояние. Таким образом крысы с высоким уровнем этанола в крови (1,9 – 2,7 ‰) при нахождении в среде с концентрацией CO 0,25% погибают быстрее чем крысы с количеством алкоголя в крови соответствующим норме. Удовлетворительное состояние крыс из группы, 1 во второй камере вероятно связано с активацией механизмов срочной адаптации к гипоксии в первую очередь, учащение дыхания и сердцебиения и т.д в ответ на раздражение дыхательного центра, что позволило этим животным бодрствовать при относительно высоком уровне HbCO, представители групп С, D при аналогичной уровне HbCO впали в кому или погибли из-за нарушений в работе этих механизмов вызванных алкогольной интоксикацией.

Заключение и выводы: крысы получавшие алкоголь хуже переносят отравление угарным газом.

Литература

1. Злобин Ю.В. Отравления монооксидом углерода (угарным газом) / Ю.В. Злобин. – Санкт – Петербург: Тактик-Студио, 2011. – 19 с.
2. Лазарев Н.В. Вредные вещества в промышленности / Н.В. Лазарев, Э.Н. Левина. – М.: Токсикология, 1977. Т3. – 240 с.
3. Lin M. The effects of vegetation barriers on near-road ultrafine particle number and carbon monoxide concentrations. / M. Lin, G. Hagler, R. Baldauf, V. Isakov, H. Lin // Sci Total Environ. – 2016. - Feb 27. – P. 372-379.
4. Абдукаримов А.Б. Особенности судебно-медицинской токсикометрии острых отравлений угарным газом, сочетанных с алкогольной интоксикацией / А.Б. Абдукаримов, А. И. Искандаров // Судебно-медицинская экспертиза. - 2010. - №1. – С. 30-33.

ХИРУРГИЯ №1

УДК: 617-089.844: 159.9.075

К.И. Лукманова, М.А. Нуртдинов

ПОИСК КОРРЕЛЯЦИЙ МЕЖДУ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. Цель исследования - изучить психосоматические корреляции между хирургическими заболеваниями и хроническим алкоголизмом.

Ключевые слова: алкоголизм, хирургические заболевания, психосоматические осложнения.

Lukmanova K.I. , Nurtdinov M.A.

SEARCH correlation between surgical disease and chronic alcoholism

Bashkir State Medical University (Ufa, the Russian Federation)

Resume: The purpose of the study was to explore psychosomatic correlation between surgical diseases and chronic alcoholism.

Keywords: alcoholism, surgical diseases, psychosomatic complications.

Актуальность: Психосоматическая медицина имеет давнюю историю, существенный вклад в которую внесла работа Ф.Александера [1]. Огромное влияние оказали исследования И.П.Павлова, под влиянием которого была разработана одна из наиболее известных теорий язвенной болезни Быкова–Курцина. Имеются и современные исследования психосоматических особенностей внутренних болезней [3]. Однако, если влиянию психических процессов на этиопатогенез в научном медицинском сообществе оказывается значительное внимание, то воздействие психотерапии на течение хирургических заболеваний в частности, при хроническом алкоголизме в доступной литературе не обсуждается. Известно, что одним из наиболее распространенных видов психотерапии является кодирование от алкоголизма. В основе этого процесса лежит принцип аверсионной терапии (от латинского слова *Aversio* – отвращение). Кодирование способствует выработке условного рефлекса у человека, и это – его суть. Метод кодирования был одобрен МЗ СССР в 1984 году. При кодировании устраняется фиксация алкоголезависимого человека на борьбе с желанием выпить, что в конечном счете приводит к дезактуализации самого желания и полному исчезновению влечения к алкоголю. Биологическую основу терапевтических свойств метода А.Р. Довженко составляет активация церебральных эмоциональных

механизмов. Весь сеанс стрессотерапии по Довженко построен на создании доминантного возбуждения в системе отрицательно-эмоционального реагирования (биологический страх самосохранения) и в системе личностного подкрепления (сохранение и восстановление себя как личности). Такие доминантные возбуждения в системах эмоционального реагирования вступают в конкурентные отношения с доминантным возбуждением влечения к алкоголю. В то же время практически не изучены общесоматические возможные осложнения лечения от алкоголизма.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что в настоящее время в Российской Федерации от случайного отравления алкогольной продукцией умирает более 23 тысяч человек, а от болезней, связанных со злоупотреблением алкогольной продукцией, - более 75 тысяч человек в год [3]. По другим данным, опубликованным в отчете НИИ Росстата по итогам 2011 года, свидетельствуют, что фактически в стране насчитывается 12 миллионов злоупотребляющих алкоголем.

В связи с этим мы изучили корреляции между кодированием от алкоголизма и течением основных хирургических заболеваний.

Цель исследования: - изучить психосоматические корреляции между хирургическими заболеваниями и хроническим алкоголизмом.

Материал исследования: Обследование было сплошным и выполнялось в течении 14 дней и включало 53 больных хирургических отделений МЛПУ №8 г.Уфы.

Возраст больных был от 21 года до 85 лет, средний возраст больных составил $38,3 \pm 5,4$ года.

Методы исследования. Проведены стандартные общеклинические, лабораторные и инструментальные исследования согласно медико-экономическим стандартам. Психодинамическое интервьюирование осуществлялось на основе разработок Балинта М., (интерактивное интервью) Кернберга О., (структурное интервью) с дополнениями Мак-Вильямс Н. [5]. Исследование было осложнено тем фактом, что в медико-экономические стандарты хирургических заболеваний не включена консультация психиатра-нарколога. Статистическая обработка цифрового материала проводилась на ЭВМ с помощью системы «Statistica 12 Trial» с вычислением критерия хи-квадрати поправки Йетса.

Результаты:

На первом этапе исследования была изучена структура по нозологии хирургических больных (табл. №1).

Таблица 1

Распределение хирургических больных по нозологии

Нозология	Количество пациентов	Процентное соотношение
Паховая грыжа	12	22,6%
Острый панкреатит	8	15,1%
Острый аппендицит	5	9,4%
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	4	7,5%
Тромбоз вен	2	3,8%
Пупочная грыжа	2	3,8%
Кишечная непроходимость	2	3,8%
Абсцесс, посттравматическая флегмона	2	3,8%
Сахарный диабет (гангрена стопы)	2	3,8%
Желудочно-кишечное кровотечение	2	3,8%
Желчекаменная болезнь	2	3,8%
Болезнь Крона	1	1,9%
Атеросклероз сосудов	1	1,9%
Посттравматическая язва	1	1,9%
Остеомиелит	1	1,9%
Гинекомастия	1	1,9%
Боль неясной этиологии	1	1,9%
Пищеводное кровотечение	1	1,9%
Послеоперационная грыжа	1	1,9%
Ножевое ранение	1	1,9%
Прободение язвы желудка	1	1,9%

Из представленной группы видно, что наибольшее количество больных встретилось с паховыми грыжами(22,6%), острым панкреатитом (15,1%) и острым аппендицитом (9,4).

На следующем этапе исследования уточнялась алкогольный анамнез у пациентов хирургических отделений (Таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от отношения к алкоголю

Диагноз	Количество пациентов	Процентное соотношение
Регулярно употребляющие алкоголь	15	28,3%
Кодированные от алкогольной зависимости	6	11,3%

Самостоятельно бросившие	2	3,8%
Не злоупотребляющие алкоголем	30	56,6%

Таким образом, сплошное исследование выявило среди пациентов хирургического стационара 28,3% больных регулярно употребляющих алкоголь и 11,3% - проходивших лечение от алкоголизма с использованием кодирования по различным методикам. Среди лиц прошедших кодирование от алкоголизма 2 (33,3%) пациента были с паховыми грыжами, три – с острым панкреатитом (50,0%) и один с ножевым ранением (16,6%). У одного из пациентов с паховой грыжей кодирование по Довженко от алкоголизма было 15 лет назад, у второго – медикаментозное кодирование - за 3 года до поступления в стационар.

Один из больных острым панкреатитом – 28 лет, страдающий психическим заболеванием, наследственного характера, первое кодирование прошел за 3 года до поступления, а второе – за 6 месяцев до лечения в хирургической клинике (в обоих случаях кодирование осуществлялось по Довженко). Умерли от молниеносной формы острой панкреатита 2 (33,3%) пациента с кодированием в анамнезе. Пациент с ножевым ранением прошел медикаментозное кодирование за 2 года до поступления в стационар.

Далее нами исследована хирургическая заболеваемость среди пациентов регулярно употребляющих спиртные напитки (Таблица 3).

Таблица 3

Хирургическая заболеваемость среди пациентов регулярно употребляющих спиртные напитки

Нозология	Количество пациентов	Процентное соотношение
Острый панкреатит	4	22,2%
Паховая грыжа	2	11,1%
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	2	11,1%
Желчекаменная болезнь	2	11,1%
Острый аппендицит	2	11,1%
Посттравматическая язва	1	5,6%
Абсцесс, посттравматическая флегмона	1	5,6%
Желудочно-кишечное кровотечение	1	5,6%
Сахарный диабет (гангрена стопы)	1	5,6%
Послеоперационная грыжа	1	5,6%
Прободение язвы желудка	1	5,6%

Всего	18	100%
-------	----	------

Получаем, что среди пациентов хирургического стационара наибольшее количество лиц употребляющих алкоголь составили больные с острым панкреатитом (22,2%).

Нами исследована корреляция между заболеваемостью острым панкреатитом (8 пациентов) и летальностью среди прошедших кодирование от алкоголизма (3 мужчин) и отрицавших алкогольную зависимость (5 больных), среди которых было 3-е мужчин с алкогольным хабитусом и нигде не работавших, они и были включены в исследование. Если среди прошедших кодирование от алкоголизма (3 пациента) умерло 2 больных, то среди отрицавших лечение от пьянства умер 1 мужчина. При проведении анализа в среде «Statistica 12» были получены следующие данные (табл. 4) Так же произвели распределение больных по уровню регрессии, и указали виды и количество оперативных вмешательств. (табл. 5, 6)

Таблица 4

Результаты непараметрической статистики таблицы 2x2 в среде «Statistica 12»

Chi-square (df=1)	,22	p= ,6353
V-square (df=1)	,20	p= ,6547
Yates corrected Chi-square	,06	p= ,8125
Phi-square	,02500	
Fisher exact p, one-tailed		p= ,5952
two-tailed		p=1,0000
McNemar Chi-square (A/D)	,25	p= ,6171
Chi-square (B/C)	0,00	p=1,0000

Таблица 5

Распределение больных по уровню регрессии

	Всего	Оральная	Анальная	Генитальная
Аппендицит	7	1	3	3
Аднексит	2		2	
СББ	4	3	1	
Грыжи	5	2	2	1
Язвенная болезнь	3	1	2	
ЖКБ. Хронический холецистит	6	2	3	1

Острый панкреатит	2	2		
-------------------	---	---	--	--

Таблица 6

Виды и количество оперативных вмешательств

Апендектомия	7
В том числе лапароскопическая	3
Резекция кисты яичника	2
Рассечение спаек	10
Грыжесечение	5
Ушивание прободной язвы	2
Резекция желудка	1
Холецистэктомия из мини-доступа	4
Лапароскопическая холецистэктомия	2
Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки	2

Выводы. Таким образом, исследование зависимости кодирования от алкоголизма и хирургической заболеваемости выявило преобладание среди прошедших лечение от алкоголизма пациентов с паховыми грыжами и острым панкреатитом. В то же время, первое исследование корреляций между кодированием от хронического алкоголизма и летальностью от хирургической заболеваемости показало значение статистики хи-квадрат 0,22, поправка Йетса- 0,8125. Возможным путем предотвращения психосоматических осложнений аверсионной терапии, может быть поддерживающая, в том числе психоаналитически ориентированная, психотерапия эмоциональных состояний.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. -М.: Институт общегуманитарных исследований, 2011-220с.
2. Балинт М. Изменение терапевтических целей и техник в психоанализе. – Антология современного психоанализа. М.: Институт психологии РАН, 2000, с. 131-141.
3. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
4. Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р.

5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

УДК 618.3-618.4

А.Р. Нуриева, О.М. Мамедова, Ю.А.Бадретдинова, И.А.Журавлев
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ
ОСЛОЖНЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Кафедра хирургических болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Приводятся результаты кесарево сечения как метод родоразрешения у 14 беременных с острым аппендицитом. При осложнении беременности развитием острого аппендицита при доношенном и почти доношенном плоде родоразрешение путем кесарево сечения является методом выбора. Наличие в арсенале современных антибактериальных препаратов позволяет успешно купировать воспалительные процессы со стороны брюшины.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, кесарево сечение.

A.R. Nurieva, O.M. Mamedova, Y.A. Badretdinova, I.A. Zhuravlev
CAESAREAN SECTION AS MODE OF DELIVERY IF COMPLICATION OF
PREGNANCY WITH APPENDICITIS ACUTE

Department of surgical diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The results of cesarean section as method of delivery from 14 pregnant women with acute appendicitis. When complications of pregnancy the development of acute appendicitis at term and near term the fetus delivery by cesarean section is the method of choice. The presence in the Arsenal of modern antimicrobial drugs can successfully arrest the inflammatory process from the peritoneum.

Keywords: acute appendicitis, pregnancy, cesarean section.

Осложнение течения беременности развитием острого аппендицита создает сложную экстренную ситуацию от решения которой зависит судьба двух жизни. Относительно высокая летальность и перинатальные потери, безусловно, связаны с трудностями диагностики острой хирургической патологии на фоне беременности, атипичностью, многоликостью клинической картины заболевания. Беременные, нередко и врачи первичного звена чаще склонны связывать появление боли в животе с течением беременности, что является основной причиной поздней обращаемости в хирургический стационар. Так, по литературным данным, 20-25% беременных с острым аппендицитом поступают в хирургические стационары спустя 48 часов от начала заболевания с деструктивными

формами заболевания(5-6 раз чаще) [1-6]. Дополнительный негативный отпечаток оставляет отсутствие единого мнения о выборе метода хирургического лечения острого аппендицита при беременности. Наиболее сложные диагностические и тактические задачи возникает при развитии острого аппендицита в III-триместре беременности, когда применение видеолапароскопии крайне затруднена или является спорным, а ультразвуковая диагностика не всегда достаточно информативна. Ряд авторов при ОА, особенно с деструктивными изменениями, во второй половине беременности считают более целесообразным проводить нижнесрединную лапаротомию. В.Н. Серов и соавт. считают, что при наличии острого аппендицита абдоминальное родоразрешение может быть проведено только по жизненным показаниям (кровотечение при отслойке нормально расположенной или предлежании плаценты) [4]. Аналогичного мнения придерживаются Стрижаков А.Н., Черноусов А.Ф. (2010), Савельева Г.М. с соавт. (2006) [5,6]. В остальных случаях целесообразно родоразрешать пациентку через естественные родовые пути. Авторы рекомендуют, если родовая деятельность развивается при доношенном сроке беременности, в ближайшие сутки после аппендэктомии целесообразно уменьшение длительности второго периода родов путем наложения акушерских щипцов или рассечения промежности.

Цель исследования - оптимизация методов родоразрешения при сочетании беременности с острым аппендицитом в больших сроках гестации.

Материал и методы. В хирургическое и родильное отделения ГКБ№8 за период 2006-2015 годы госпитализированы 159 беременных по поводу острого аппендицита. Из них 73(45,9%) экстренно оперированы по поводу острого аппендицита. Среди них 13 (17,8%) женщин находились на первом, 34(46,6%) на втором и 26 (35,6%) женщин на третьем триместре беременности. Наиболее трудной задачей в диагностическом и тактическом плане являются беременные находящиеся в третьем триместре беременности. Дифференциальная диагностика между клиникой острого аппендицита и патологией обусловленной самой беременностью затруднена так как наиболее часто встречаемые симптомы острого аппендицита как повышение температуры тела, тошнота и рвота могут быть обусловлены гестозом, а появление боли может быть связано с угрозой прерывания беременности, что является причиной удлинения сроков динамического наблюдения. В среднем сроки дооперационного наблюдения у этих больных составили $12,7 \pm 3,1$ час. В таких случаях диагностические и тактические вопросы решаются коллегиально путем организации консилиума в составе опытных врачей хирурга, акушер-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики и анестезиолога. У 12 беременных после консилиума врачей решено пролонгировать беременность и выполнить аппендэктомию. У 6 женщин при сроке беременности 28-31 недель выполнена лапароскопическая аппендэктомия и у 6

беременных через разрез Волковича-Дьяконова. Терапию угрожающего выкидыша у всех беременных в III триместре после традиционной аппендэктомии через доступа по Волковичу-Дьяконова или с использованием лапароскопических технологий проводили с использованием внутривенных капельных инъекций 25% раствора сульфата и утрожестана в течении 6 - 7 дней. У 14 беременных родоразрешение выполнено путем кесарево сечения в нижнем сегменте и аппендэктомия. У всех женщин кому выполнено аппендэктомия и кесарево сечение срок гестации составило от 34 до 38 недель.

Результаты и обсуждение. На наш взгляд, учитывая наличие объективных причин, ограничивающих применения высокоинформативных методов диагностики, каким является лапароскопии, при оценке клинической картины острого аппендицита необходимо учитывать результаты ультразвукового исследования. В нашем клиническом материале применение УЗИ хотя не подтвердило наличие острого аппендицита из-за трудной визуализации органа, но дала возможность исключить патологию связанной самой беременностью т.е. бесспорным в плане дифференциальной диагностики. У всех 12 беременных оперированных с применением способов открытой или лапароскопической техники выявлены деструктивные формы воспаления. Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдали. У 14 беременных, которым предполагалась родоразрешение путем кесарево сечения и аппендэктомия у 13 женщин интраоперационно выявлены деструктивные формы аппендицита (у 11-флегмонозная, у 2-х –гангренозный аппендицит). Только у одной беременной диагностирован катаральный аппендицит. В данном случае при дооперационном обследовании мы не могли исключить развитие острого аппендицита. Учитывая доношенность плода (37-недель) и малый срок до срочных родов решено выполнить нижнесрединную лапаротомию и кесарево сечение при подтверждении диагноза острого аппендицита и операцию аппендэктомию. При этом данный случай нельзя трактовать как диагностическая ошибка. Ведь такую форму острого аппендицита признают многие хирурги, тем более если учитывать фазность течения аппендицита эта начальная форма воспаления. В одном случае флегмонозный аппендицит развился на фоне тяжелой акушерской патологии. При сроке 37 недель беременности с дихориальной диамниотической двойни с центральным предлежанием и истинным приращением плаценты развился острый флегмонозный аппендицит. Больной выполнена срединная лапаротомия, кесарево сечение, экстирпация матки и аппендэктомия с благоприятным исходом. Этим женщинам операцию начинали с кесарева сечения, затем после ушивания матки производили аппендэктомию и дальнейшие манипуляции, связанные с лечением перитонита. При изучении ближайших результатов лечения беременных, у которых операция аппендэктомия сопровождалась родоразрешением путем кесарево сечения

серьезных осложнений не наблюдали. На наш взгляд такая тактика, хотя расширяет показания для кесарева сечения, является вполне оправданной. В таких случаях выполнение аппендэктомии с применением локального доступа и пролонгирование беременности до срочных родов является спорным. Учитывая малые сроки до наступления срочных родов и неизбежность потужной деятельности при неокрепшем послеоперационном рубце после аппендэктомии возникают естественные вопросы и сомнения о целесообразности такой тактики. С другой стороны в условиях реального практического здравоохранения в настоящее время трудно найти врача акушер-гинеколога который профессионально умеет и имеет опыт наложения акушерских щипцов. Наличие послеоперационного шва после выполненной аппендэктомии не всегда обеспечивает эффективность потужного периода даже после перинео-эпизотомии. С этой точки зрения такая максимальная активность в отношении родоразрешения является вполне оправданным с целью быстрого устранения существующей угрозы для плода и в последующем оптимальна для матери. При этом необходимо учесть что, родоразрешение путем кесарева сечения является в техническом плане хорошо отработанной и часто выполняемой операцией (до 30%) и не представляет больших затруднений. В 2-х случаях ввиду распространенного пельвеоперитонита с привлечением стенки матки выполнено кесарево сечение с последующей экстирпацией матки и аппендэктомия. В последующем проводилась комплексная терапия перитонита с благоприятным исходом.

Заключение и выводы:

1. В начальных этапах III-триместра беременности при развитии острого аппендицита целесообразно выполнить аппендэктомию с применением локальных доступов и пролонгировать беременность до срочных родов.

2. При осложнении беременности развитием острого аппендицита при доношенном и почти доношенном плоде родоразрешение путем кесарева сечения является методом выбора.

3. Наличие в арсенале современных антибактериальных препаратов позволяет успешно купировать воспалительные процессы со стороны брюшины.

Литература

1. Доброквашин С.В., Измайлов А.Г., Волков Д.Е., Бердникова Е.А. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных //Практическая медицина.- 2010.- № 8.- С.32-36

2. Иванов Г.И. Беременность и острый аппендицит: Дис. ...д-ра мед. наук. -М. 1965.

3. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М.: Медпрактика-М, 2002. 244 с.

4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1997. 512 с.

5. Стрижаков А. Н., Черноусов А. Ф., Самойлова Ю. А., Рыбин М.В. Беременность и острый аппендицит. Издательский дом «Династия», М., 2010, 159 с.

6. Хасанова А. Г., Журавлев И. А., Бадретдинова Ф. Ф., Нуриева А.Р., Мамедова О.М. Беременность и острый аппендицит: нерешенные и спорные аспекты проблемы (Обзор литературы) Научное обозрение. 2016.-№1.- С.40-47.

УДК 616-089.873, 616.33-002.44, 616.34-002.44

Э.Р. Гильмиярова

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭВОЛЮЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра хирургических болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В статье проводится ретроспективный анализ эволюции желудочной хирургии

Ключевые слова. Анализ, язвенная болезнь, желудочная хирургия

E.R.Gilmiyarova

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE EVOLUTION OF GASTRIC SURGERY

Department of Surgical Diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The article presents a retrospective analysis of the evolution of gastric surgery.

Keywords. Analysis, peptic ulcer disease, gastric surgery.

Актуальность. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к числу наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. Общеизвестно, что хеликобактериоз является ведущим этиологическим фактором в развитии язвенного процесса в желудке и ДПК. Однако, как показали исследования последних лет, *Helicobacter Piloni* (HP) не является единственной причиной возникновения язвенного дефекта в желудке и ДПК. Он не обладает высокой инвазивностью и в 70% не вызывает каких-либо поражений слизистой гастродуоденальной зоны. На долю язвенной болезни, ассоциированной с HP, приходится 70-80% дуоденальных язв и 50-60% желудочных, а частота рецидивов за последние 6 месяцев у больных после эрадикации HP составляет 20%. Язвенная болезнь имеет большое медико-социальное значение, так как болеют лица молодого и наиболее трудоспособного возраста, а обострения и осложнения приводят к длительной утрате трудоспособности [1,3,5]. Несомненно, что язвенная болезнь у пациентов различного возраста имеет характерные патогенетические особенности и клинико-морфологические проявления. Иногда при язвенной болезни развиваются угрожающие жизни осложнения: пенетрация, перфорация (прободение), кровотечение и сужение (стеноз) пилорoduоденального отдела желудка. В зависимости от конкретной клинической ситуации оперативное лечение язвенной болезни может осуществляться или путем проведения органосохраняющих вмешательств, или с использованием резекционных методик. В качестве органосберегающих операций

выполняют пересечение ветвей блуждающего нерва, проводя двустороннюю стволовую ваготомию, двустороннюю селективную желудочную либо проксимальную селективную желудочную ваготомию. При резекции желудка больным с язвенной болезнью удаляют антральный отдел и значительную часть тела желудка. В процессе мобилизации желудка также пересекают ветви блуждающего нерва, отвечающие за регуляцию секреторной и моторной деятельности этих зон. Затем выполняется наложение гастродуоденоанастомоза. Благодаря сохранению пассажа пищи по 12-перстной кишке такой подход считается более физиологичным и, к тому же, сопряжен с меньшим числом осложнений [2,4,6].

Цель работы. Провести анализ желудочной хирургии за последние десятилетия.

Материалы и методы. Анализ статистики ГКБ№21 г. Уфы хирургического отделения.

Результаты и обсуждения. Нами проведен ретроспективный анализ развития хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки по данным отделения абдоминальной и экстренной хирургии городской клинической больницы №21 г.Уфы. За этот период было отслежено 1385 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. При анализе установлено, что на протяжении последних 18 лет имели место корреляции максимальных пиков госпитализаций больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки со спадами в поступлении больных с язвенной болезнью желудка. Причем если в год максимальной заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в 1988 году количество больных составило 253 человека, то к 2001 году количество поступлений больных с дуоденальной язвой уменьшилось до 136 больных, то есть в 1,8 раза. И, наоборот, в те годы когда был максимум больных с желудочной локализацией язвы, происходило уменьшение заболеваемости ЯБДПК. Такая же картина наблюдалась при сравнении дуоденальной язвы и сочетанного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Такая фазовость поступлений больных возможно отражает роль внешнесредовых воздействий, в том числе экологических факторов.

Не менее любопытны, изученные параметры повторных госпитализаций, здесь кривая носит характер синусоиды, причем интервал между пиками составляет в среднем 5 –6 лет. Так если количество повторных госпитализаций в 1984 году было 5, то в 1990 году таких случаев было 30, то есть увеличилось в 6 раз.

Такая же ситуация с осложнениями язвенной болезни и пики кровотечений и перфораций приходится на 7-8 летний период. Так если максимальное количество осложнений приходилось на 1988 год – 89 больных с гастродуоденальными кровотечениями и прободными язвами, то количество этих больных к 1996 году составило 28 (уменьшилось в 3,2 раза). В 2001 году количество экстренных больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта и прободными язвами было 80 человек.

Структура осложнений существенно не отличалась от той, что описана в литературе.

Что касается сочетанной патологии, то здесь наблюдается четкая корреляция с внедрением новых методов диагностики. Первые успехи внутрисветной эндоскопии знаменовались превалированием диагнозов поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, и, разумеется, здесь не обошлось без гипердиагностики. Эта же ситуация повторилась на этапе освоения ультразвуковой томографии. И только к середине 90-х годов возобладала трезвая и взвешенная оценка данных дополнительных методов исследования, чему в немалой степени способствовала компьютерная и магниторезонансная топография. В зависимости сочетанных абдоминальных заболеваний от локализации язвы отмечается частое совмещение язв сочетанной локализации с калькулезным холециститом. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки более характерно поражение паренхиматозных органов в виде хронического гепатита и хронического панкреатита. Для желудочной язвы типично сочетание с эрозивным и атрофическим гастритом.

Кроме того, мы проследили эволюцию оперативных вмешательств. Выяснилось, что на этапе основания клиники абдоминальной хирургии предпочтительным оперативным вмешательством была резекция желудка по способу Бильрот–2. Причем спектр операций был исключительно разнообразным. Постепенно, к 1986 году первая модификация способа Бильрота практически вытеснила из арсенала хирургических пособий при осложненной язвенной болезни резекцию желудка по Бильрот-2.

К началу 90-х годов наиболее популярной среди хирургов клиники получила резекция желудка по Бильрот-1 с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом которая сохранила лидерство до начала XXI века.

Резекция желудка с сохранением привратника занимает стабильное место в структуре операций на желудке на протяжении последних 18 лет и ее доля среди всех хирургических вмешательств на желудке составляет в среднем 3-5%. В то же время, и резекция желудка по Бильрот –2 продолжает выполняться у больных с высокими желудочными язвами, при подозрении на малигнизацию, при хронической дуоденальной непроходимости, а также молодыми хирургами в период освоения навыков желудочной хирургии.

Интересна эволюция органосохраняющих вмешательств. Если в середине 80-х годов интерес к ваготомии отмечался разнообразными методиками выполнения данного оперативного пособия, то к началу 90 –х годов из всей палитры сохранилась стволовая ваготомия, причем она выполнялась у лиц пожилого возраста или в ургентной хирургии.

Дальнейший прогресс желудочной хирургии связан с внедрением лапароскопических технологий. Причем резекционные методы не получили признания в силу их дороговизны. Впрочем и ваготомия по методике Gomez- Ferrer (аппаратная резекция малой кривизны) не

смотря на простоту ее выполнения не получила широкого распространения в силу экономических препятствий. Если в начале освоения лапароскопической хирургии наиболее часто выполняемой ваготомией была операция Hill-Barker, то позже она уступила место более простой в техническом исполнении операции Taylor.

Уменьшение количества операций на желудке объясняются причинами, которые типичны для России: сокращение коечного фонда, зоны обслуживания клиники, прогрессом медикаментозного лечения и другими факторами.

Заключение и выводы: Таким образом, несмотря на объективные технические и экономические трудности наличие и развитие хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Широкий спектр используемых оперативных вмешательств позволяет индивидуализировать выбор способа хирургического лечения желудочных язв.

Литература

1. Нуртдинов Марат Акдасович. Оптимизация комплексного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической клинике. диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия. 2005. С.263
2. Э.Н.Праздников, Хасанов А.Г. Э.М.Сакаев, С.В.Федоров, Знищенко Б.Ю -Некоторые особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у мужчин С.159-160 - Материалы 59-й научной конф. студентов и молодых ученых БМИ,Уфа,1994.-
3. А.А.Алсынбаев,Э.Н.Праздников Д.Р.Валиуллин - Некоторые патогенетические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у мужчин и женщин(тез) - с.73- Материалы 60-й научной конф. студентов и молодых ученых БМИ,Уфа,1995.
4. Сахаутдинов В.Г.,Галимов О.В Абдуллина Г.А. - Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у мужчин: выбор способа лечения- с.58-64- Труды Ассоциации хирургов Республики Башкортостан,т.1, 1997.-
5. О.В.Галимов,Шумкин А.М. Гарифуллин Б.М., Байгускаров Р.Б. - Хеликобактерные аспекты лечения заболеваний желудка. Диагностика и лечение заболеваний ассоциированных с *Helicobacter pylori*; - с.75. - II международ.симпозиум 1-2 апреля, 1999, Москва
6. Э.Н.Праздников, О.В.Галимов, Э.А.Галлямов, Е.И.Сендерович, Р.В.Петров, З.Р.Габуня, Ю.Н.Гололобов Наш опыт лапароскопической резекции желудка-с.357-358 - 5-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии –Москва, 2001.

ХИРУРГИЯ №2

УДК 616.62-008.222-08

Д.А. Абдрахманова, Е.А. Кумаев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени
Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан**

Резюме. В настоящее время при появлении таких современных и точных методов диагностики, как КТ и УЗИ кисты почек стали выявляться довольно часто. Почечные кисты могут нарушать просвет мочевыводящих путей, сдавливать ткань почки, вызывать спонтанные кровотечения в полость кисты, вызывать болевой синдром и гематурию. В некоторых случаях кисты склонны к инфицированию, могут стать источником злокачественной артериальной гипертензии.

На протяжении многих лет единственным методом лечения больных с данной патологией было открытое хирургическое вмешательство, значительная травматичность которого приводила к длительному реабилитационному периоду. Появление чрескожного пункционного метода существенно упростило лечение пациентов с простыми кистами почек. Однако при этом отмечается довольно высокий процент рецидивов. В последние десятилетия при кистах почек стали применять лапароскопический метод, позволивший по-иному взглянуть на проблему лечения таких больных. Лапароскопия создала альтернативу открытым хирургическим операциям, давая возможность выполнить радикальное оперативное вмешательство при его минимальной инвазивности.

Ключевые слова. кисты почек, лапароскопия, открытая операция, чрескожная аспирационная пункция.

D.A. Abdрахmanova, E.A. Kumayev

COMPARATIVE DESCRIPTION OF OPERATIVE TREATMENT OF RENAL CYST

Marat Ospanov West Kazakhstan state medical university, Aktobe, Kazakhstan

Abstract. Simple renal cortical and parapelvic cysts are common and benign and usually require no treatment. Occasionally the location and size of simple cysts can cause pain, collecting system obstruction, or hypertension. It is a common incidental radiographic and postmortem finding. It is estimated that evidence of renal cysts exists in 50% of the adult population. The large use of ultrasonography and CT produced an increase in the detection of renal cysts. Renal cysts can be treated by percutaneous aspiration with or without injection of sclerosants, percutaneous marsupialization, open surgery and, most recently, by laparoscopic surgery with transperitoneal or

*retroperitoneal**access.**Keywords. Renal cyst, Sclerotherapy and Aspiration, Laparoscopic operation, open surgery.*

Актуальность: На сегодняшний день простая киста почки считается одной из наиболее часто встречающихся разновидностей кистозных образований почки. Патология нередко протекает бессимптомно, и выявить наличие новообразования удастся случайно, при проведении плановых медицинских обследований, либо обследований, проводимых по причине наличия других соматических заболеваний. Простые кисты почки встречаются наиболее часто и выявляются у 25-33% пациентов старше 50 лет, составляя примерно 65-70% от всех новообразований почек.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с простыми кистами почек.

Материалы и методы: В основу настоящей работы положены результаты клинических наблюдений 162 пациента с простой кистой почки, проходивших обследование в областном клинико-диагностическом центре г. Актобе с 04.04.2015 -20.01.2016 год, из них 40 пациентам было проведено оперативное лечение в урологическом отделении Актюбинской областной больницы. Возраст больных колебался от 32 до 85 лет и в среднем составил 54,6. Мужчин было 13, женщин 27. Открытая операция выполнена 17, чрескожная пункция кисты почки 10 и лапароскопическое иссечение кисты – 13 больным. Это послужило основанием для выделения соответственно трех групп пациентов.

Таблица 1

Открытое оперативное лечение	17 человек
Лапароскопическое иссечение кисты	13 человек
Чрескожная аспирационная пункция кисты почки	10 человек.
Итого.	40 человек

Величина кисты оценивалась по её максимальному поперечному размеру и колебалась от 4 до 15 см. Объем кист составлял от 100 до 1000 мл. Длительность заболевания с момента обнаружения кисты колебалась от 1 месяца до 15 лет. У 15 (6. %) пациентов киста почки была рецидивной после чрескожного пункционного лечения. Неспецифические симптомы наблюдались у 22 (55%) больных и у 18 (35%) заболевание протекало бессимптомно.

Всем больным были выполнены общеклинические, лабораторные исследования (клинический анализ крови и мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы, билирубина, aminотрансфераз АлАТ и АсАТ, мочевины, креатинина). У 10 (25%) больных произведена компьютерная томография (КТ), у 23 (57,5 %)

- УЗИ. Экскреторная урография была выполнена у 9 (4,4%), а радиоизотопные исследования почек - у 60 (29,3%) больных.

Результаты и обсуждение:

Таблица 2.

Вид оперативного лечения	Применение наркотических анальгетиков	Выраженность болевого синдрома	Время нахождения в стационаре	Реабилитационный период
Открытое оперативное лечение	2-3 сут	Выражен	10-12 сут	До 30 дней
Лапароскопическое иссечение	1 сут	Умеренно выражен	2-3 сут	10 дней
Чрескожная аспирационная пункция кисты	Не примен	Слабо выражен	2 сут	7 дней

Заключение и выводы: В результате проведенного исследования выяснено, что наиболее радикальным методом оперативного лечения пациентов с простой кистой почки является лапароскопическое иссечение.

Этот метод является наименее травматичным. Уже через несколько часов после операции больному разрешается встать с постели и пить воду. Из стационара пациент выписывается на 3 день после проведения операции. Большинство пациентов ощущают незначительные боли, которые зачастую не требуют медикаментозного обезболивания, что отличает от болей при открытых операциях, когда требуется анальгетическая терапия;

Литература

1. Аляев, Ю.Г., Диагностика кист и злокачественных новообразований почек / Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов // Тез. докл. VII Всерос. съезда урологов. — Суздаль, 1982. — С.234 — 244.
2. Аляев, Ю.Г., Показания к пункции простой кисты почки / Ю.Г. Аляев, М.Е. Чалый // Современные эндоскопические технологии в урологии: Тез. докл. Всерос. науч.- практ. конф. — Челябинск, 1999. — С. 48 — 49.

3. Амосов, А.В. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Амосов. — М., 1999.- 52 с.

4. Руководство по урологии/ Под ред. НА. Лопаткина. -Т. 2. - М.: Медицина, 1998. -768 с.

5. Лопаткин НА., Мазо Е.Б. Простая киста почки. -М.: Медицина, 1982. - 128 с.

УДК 616-035.2(04)

Л.И. Баширова, Г.А. Биктимирова, И.И. Лutfарахманов

**КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Проанализированы основные факторы, препятствующие распространению принципов рациональной коррекции нутритивного статуса до уровня рутинных процедур. Анализ данных литературы позволяет вынести пять основных факторов, среди которых организационные, материально-финансовые и медико-образовательные.

Ключевые слова: нутритивный статус, нутритивная поддержка, интенсивная терапия.

L.I. Bashirova, G.A. Biktimirova, I.I. Lutfarakhmanov

**IMPROVING NUTRITIONAL STATUS IN SURGICAL PATIENTS. NEW
OPPORTUNITIES AND OLD ISSUES**

**Department of Anesthesiology and Intensive Care, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract: The paper has analyzed the main factors that prevent the principles to efficiently improve nutritional status from extending up to the level of routine procedures. The references data analysis allows to point out five basic factors including organizational, material and financial, medical and educational.

Keywords: nutritional status, nutritional support, intensive care.

Актуальность: Нутритивная поддержка – важнейший компонент современного периоперационного лечения больных хирургического профиля (ESPEN 2006, 2009). Пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии являются именно той категорией больных, у которых наиболее часто встречаются расстройства белкового и энергетического обмена. На сегодняшний день убедительно доказаны положительные эффекты рациональной коррекции нутритивного статуса: уменьшение частоты госпитальной инфекции и системного воспалительного ответа, длительности искусственной вентиляции легких, расхода лекарственных препаратов, сокращения длительности госпитализации пациента в отделениях реанимации и интенсивной терапии [7, 9, 10]. Однако, несмотря на кажущуюся простоту и полное осознание необходимости проведения нутритивной поддержки, в этом направлении остается достаточное количество нерешенных проблем.

Цель исследования: Анализ наиболее значимых проблемных факторов, возникающих при проведении нутритивной поддержки у пациентов хирургического профиля отделений реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели проведен анализ результатов 36го конгресса Европейского общества по энтеральному и парентеральному питанию (ESPEN) «Клиническое питание и метаболизм» и данных доступной литературы с последующей экстраполяцией основных проблем вопросов коррекции нутритивного статуса на условия отечественного здравоохранения.

Результаты и их обсуждение: Анализ данных литературы позволяет выделить следующие проблемные факторы адекватной нутритивной поддержки:

1. Организационные факторы.

Практически половина поступающих в стационары пациентов имеет признаки нутритивной недостаточности. J. Sorensen и соавт. (2008) выявили значимую питательную недостаточность еще до операции у 40% пациентов хирургических стационаров. По данным Raslan M. (2011), этот показатель реально достигает 61% среди пациентов хирургического профиля. Анализ литературы позволяет выявить следующие основные причины данного состояния:

- Механическое повреждение тканей (ожоги, краш-синдром, хирургическое вмешательство);
- Глобальный дефицит перфузии (шоковый синдром, остановка кровообращения);
- Региональный перфузионный дефицит (сосудистая травма, тромбоз эмболия);
- Наличие ишемизированных/некротических тканей (инфаркт миокарда, панкреатит);
- Микробная инвазия (иммунодефицит, хирургия/травма, экстрагоспитальное инфицирование, нозокомиальное инфицирование);
- Выброс эндотоксина (грам-отрицательный сепсис, кишечная транслокация),
- Абсцессы (интраабдоминальные, интракраниальные) [7].

Таким образом, пациенты при поступлении в стационар уже находятся в состоянии нутритивной недостаточности. Согласно ряду исследователей [3], предоперационная нутритивная поддержка должна проводиться не менее 7, но и не более 14 суток. В этом случае при плановой хирургической операции первостепенно встают вопросы организационного характера (в условиях общей тенденции сокращения предоперационного пребывания в стационаре), преемственности между стационарами различных уровней и амбулаторным звеном.

2. Необходимость мониторинга нутритивного статуса.

Мониторинг реальной энергопотребности и перерасчет в донаторах пластического материала для конкретного пациента в данный момент времени является начальным звеном в коррекции нутритивного статуса [4]. Наиболее распространенными сегодня методами оценки нутритивного статуса являются методы непрямой калориметрии (наиболее точный в клинической практике) и расчетных уравнений. Несмотря на большое количество литературных данных, многие аспекты оценки нутритивного статуса противоречивы, чему способствует недостаток качественных контролируемых рандомизированных исследований, большое число единичных наблюдений [11, 12]. Однако, очевидным является факт, что применение данных методик позволяет в равной степени избегать как неадекватного питания, так и гипералиментации [1, 5]. Следует отметить, что в современных условиях метаболографы не получили широкого распространения в стационарах, что подразумевает использование расчетных уравнений для оценки нутритивного статуса. Однако и данные методики не являются рутинными и применяются, как правило в качестве исключения [3]. Мониторинг эффективности коррекции нутритивного статуса подразумевает обязательный контроль содержания альбумина, лимфоцитов, индекса массы тела, экскреции азота с мочой [8]. К сожалению данный мониторинг также не является рутинным для большинства стационаров. Это обусловлено, в том числе, следующим проблемным фактором.

3. Материально-финансовые факторы.

Отсутствие адекватного финансирования для закупки средств для нутритивной поддержки, расходных материалов и реагентов лабораторного контроля нутритивного статуса, нерациональное расходование материальных средств лечебно-профилактического учреждения на препараты с недоказанной эффективностью (гемодез, рибоксин, солкосерил, эссенциале и др.), подразделение средств для парентерального (трансфузиология) и энтерального (диетология) питания на разные группы лечебных препаратов и отсутствие средств нутритивной поддержки в перечне жизненно важных лекарственных средств усложняет проведение рациональной нутритивной поддержки в условиях отделения интенсивной терапии, как рутинной процедуры [2].

4. Медико-образовательные факторы.

Недостаточный уровень знаний врача интенсивной терапии по проблеме метаболизма критических состояний, основ белкового и энергетического обмена приводит к тому, что вопросы коррекции нутритивной недостаточности смещаются на второстепенный план. Так, в результате анализа различных аспектов нутритивной поддержки в Дании, Швеции и Норвегии (36th ESPEN Congress) установлено, что 25% врачей не смогли оценить необходимость в нутритивной поддержке, 39% врачей не знали методик выявления больных с недостаточным питанием, 53% врачей не смогли рассчитать потребности больного в

энергетических компонентах, 66% врачей не знали национальных рекомендаций по клиническому питанию и лишь 28% врачей ответили, что недостаточное питание может привести к осложнениям и более длительной госпитализации. Анализ данных литературы позволяет выделить основные ошибки при коррекции нутритивного статуса:

- Несвоевременное, позднее назначение энтерального питания и нутритивной поддержки в целом;
- Нерациональное, часто без показаний, использование средств для парентерального питания;
- Применение неадекватных доступов для введения энтеральных смесей;
- Рутинное применение парентеральных форм витаминных препаратов на фоне адекватного введения адаптированных энтеральных смесей;
- Отсутствие информированности о группе орган-специфических энтеральных смесей.

Заключение и выводы: развитие технологий нутритивной поддержки в последнее время способствует активному внедрению методов энтерального и парентерального питания в клиническую практику и формирует новый круг задач перед врачом интенсивной терапии. В представленной статье мы постарались выделить отправные точки и наиболее важные с нашей точки зрения проблемы, которые, по-видимому, нуждаются в активной дискуссии.

Литература

1. Завертайло Л.Л. Технология метаболического мониторинга и выбор программы нутритивной поддержки у больного в критическом состоянии / Л.Л. Завертайло, О.А. Мальков, И.Н. Лейдерман // Интенсивная терапия. – 2007. – Т. 1. – С. 65-77.
2. Лейдерман И.Н. Ошибки и проблемы при проведении нутритивной поддержки в отделениях реанимации и интенсивной терапии / И.Н. Лейдерман, А.Л. Левит // Пятый международный конгресс "Парентеральное и энтеральное питание": Сб. научн. тр. – Москва. – 2001. – С. 53-54.
3. Лейдерман И.Н. Современная концепция нутритивной поддержки при критических состояниях. 5 ключевых проблем / И.Н. Лейдерман // Интенсивная Терапия. – 2005. – № 1. – С. 1-12.
4. Barak N. Evaluation of stress factors and body weight adjustments currently used to estimate energy expenditure in hospitalized patients / N. Barak, E. Wall-Alonso, M. D. Sitrin // J Parenter Enteral Nutr. 2002. – Vol 26, № 4. – P. 231-238.
5. Campbell C.G. Predicted vs measured energy expenditure in critically ill, underweight patients / C.G. Campbell, E. Zander, W. Thorland // Nutr Clin Pract. – 2005. – Vol. 20, № 2. – P. 276-280.

6. Carpentier Y. Basics in clinical nutrition: Lipid metabolism / Y. Carpentier, L. Sobotka // e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2000, № 3. – P. 188-191.
7. Chan S. Nutritional management in ICU / S. Chan, K.C. McCowen, G. Blackburn // Chest. – 1999. – № 115. – P. 145-148.
8. Flancbaum L. Comparison of indirect calorimetry, the Fick method, and prediction equations in estimating the energy requirements of critically ill patients / L. Flancbaum, P.S. Choban, S. Sambucco // Am J Clin Nutr. – 1999. – № 69. – P.461-466.
9. Gramlich L. Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients? A systematic review of the literature / L. Gramlich, K. Kichian, J. Pinilla // Nutrition. – 2004. – Vol. 20, № 10. – P. 843-848.
10. Klein S. Nutritional support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions / S. Klein, J. Kinney, K. Jeejeebhoy // JPEN. – 1997. – Vol. 21. – P. 133-156.
11. Steven B. Respiratory, cardiovascular, and metabolic effects of enteral hyperalimentation: influence of formula dose and composition // Am J Clin Nutr. – 1984. – Vol. 40, № 1. – P. 16-130.
12. Webster N.R. Nutrition in the critically ill patient // J R Coll Surg Edinb. – 2000. – P. 373-379.

УДК 617.753.2

Э. Ф. Биктимерова, В. В. Мунасыпова

**КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОПИИ В УСЛОВИЯХ
АМБУЛАТОРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В статье представлены результаты ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов, получивших лечение в амбулаторном отделении ГКБ № 10 г. Уфы. Обследовано 53 пациента в возрасте 7-18 лет с миопией различной степени. В результате проведенного лечения выявлено увеличение остроты зрения в 47% случаев, в 28% случаев наблюдали перевод прогрессирующей миопии в стационарную, замедление прогрессирования отмечалась в 25% случаев.

Ключевые слова: рефракция, миопия, консервативное лечение.

E. F. Biktimerova, V. V. Munasyrova

**COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF MYOPIA UNDER CONDITIONS
OF OUTPATIENT CLINIC**

**Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract: The article presents the results of a retrospective analysis of ambulatory patient cards, receiving treatment in the outpatient department of Clinical Hospital № 10 in Ufa. The study involved 53 patients at the age of 7-18 years with varying degrees of myopia. As a result of treatment it was revealed an increase of visual acuity in 47% of cases, in 25% of cases we saw the transfer of progressive myopia in stationary and stop of progression was noted in 28% of cases.

Keywords: refraction, myopia, conservative treatment.

Актуальность: Миопия – это частая аномалия рефракции глаза, при которой изображение формируется перед сетчаткой. Причиной миопии бывает либо увеличенная длина глаза – осевая миопия, либо большая преломляющая способность роговицы, из-за чего возникает небольшое фокусное расстояние – рефракционная близорукость [2].

Прогрессирующая миопия является одной из самых актуальных проблем офтальмологии, т.к. часто приводит к развитию изменений глазного дна и существенному снижению зрения в трудоспособном возрасте. По данным ВОЗ, число людей страдающих миопией в развитых странах варьирует от 10 до 30%. В России более 10% населения близоруки [3]. По итогам Всероссийской диспансеризации заболеваемость детей и

подростков миопией до 10 лет выросла в 1,5 раза. Среди выпускников школ частота этого заболевания достигла 26%, гимназий и лицеев – 50%, на долю миопии высокой степени приходится 10-12% [4].

Среди клинико-анатомических причин слепоты и слабовидения у детей в спецшколах – интернатах миопия высокой степени составила 7,4-18,2% [5]. Среди взрослых инвалидов по зрению вследствие миопии 56% имели врожденную миопию, остальные – приобретенную, в том числе в школьные годы [1].

Цель исследования: изучить влияние методов лечения на развитие и прогрессирование миопии, оценить эффективность данного лечения.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование 53 карт пациентов (106 глаз) в возрасте от 7 до 18 лет с миопией различной степени на базе амбулаторного отделения городского офтальмологического центра ГКБ № 10. Средний возраст составил $13,2 \pm 3$ года. Миопия высокой степени выявлена в 76,4% случаев, средней степени – 20,8%, высокой – 2,8%. Мальчиков 23 (43,4%), девочек 30 (56,6%). Проведена визометрия на аппарате Рота по таблицам Головина-Сивцева с коррекцией, рефрактометрия, офтальмоскопия для оценки состояния глазного дна.

Результаты и обсуждение: Среднестатистическая острота зрения до лечения составила $0,28 \pm 0,04$ без коррекции. Среднестатистическая рефракционная способность глаза до лечения составила $-3,4 \pm 0,9$ Д.

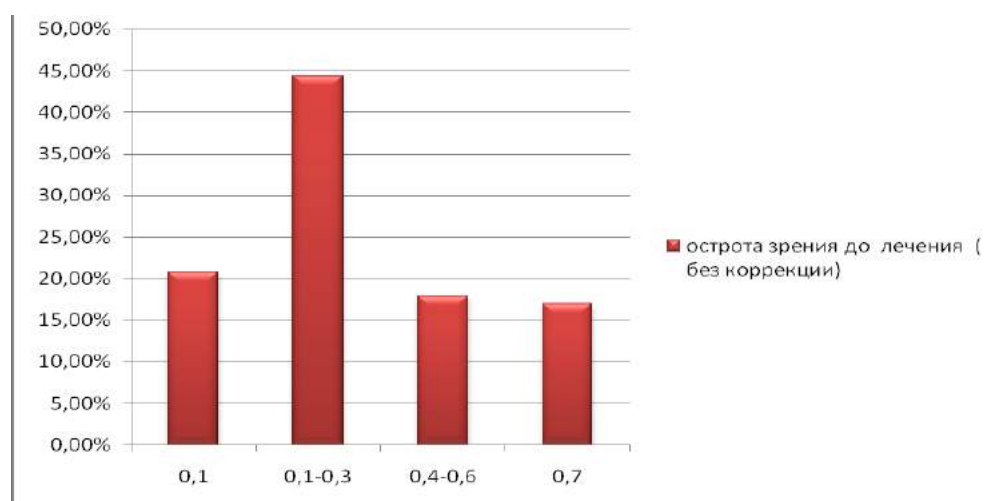


Рис.1 Острота зрения до лечения (без коррекции).

Острота зрения с коррекцией в 94% составила 1,0, в 6% менее 0,7.

Всем пациентам был назначен курс лечения: Ирифрин 2,5% на ночь через день (1 месяц), Тауфон 4% по 1 капле 4-5 раз в день (1 месяц), Лютеин – комплекс для детей по 1

таб. 2 раза в день (1 месяц), гимнастика для глаз, режим зрительных нагрузок, ЭОС № 10, раскочка по Волкову №10, компьютерная программа № 10.

После лечения 21 пациенту было проведено повторное исследование. Среднестатистическая острота зрения после лечения составила $0,26 \pm 0,2$. Среднестатистическая рефракционная способность глаза после лечения составила $-3,8 \pm 1,06$ Д.

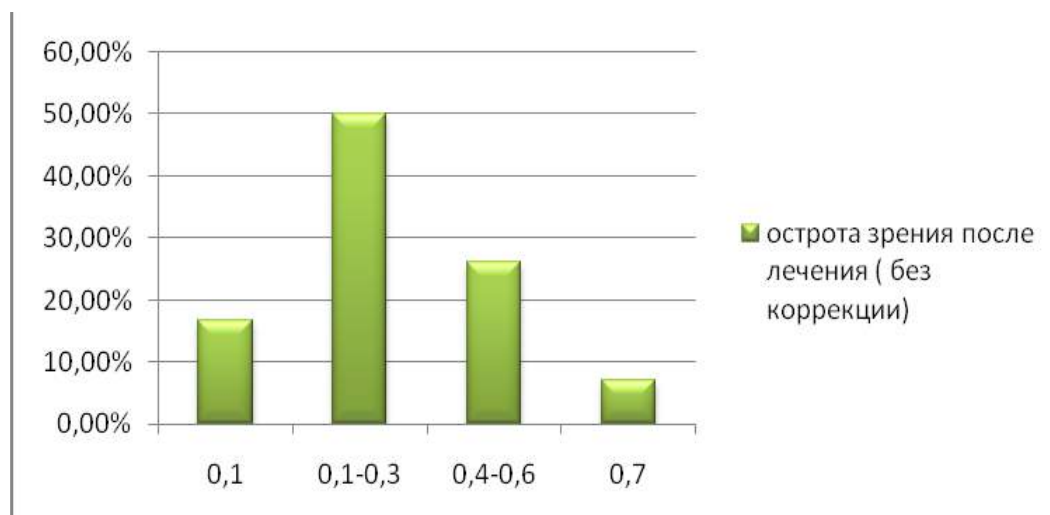


Рис.2. Острота зрения после лечения (без коррекции).

С коррекцией острота зрения составила 1,0 в 100%.

Отмечена низкая повторная явка пациентов (40%), что говорит о недостаточно ответственном отношении пациентов и их родителей к процессу лечения. Однако, у пациентов прошедших назначенный курс лечения наблюдались достаточно хорошие результаты: в 47% случаев при миопии слабой степени было выявлено увеличение остроты зрения, в 28% остановлено прогрессирование, в 25 % случаев перевод прогрессирующей миопии в стационарную.

Заключение и выводы: Комплексная консервативная терапия пациентов с миопией слабой степени привела к увеличению остроты зрения в 47% случаев; в 28% случаев наблюдался перевод прогрессирующей миопии в стационарную; замедление прогрессирования было отмечена в 25% случаев.

Литература

- 1) Аветисов, Э.С. Близорукость / Э.А. Аветисов. М.: Медицина, 1999. -288 с.
- 2) Баринаова, К. О. Современные аспекты этиопатогенетического лечения близорукости / К. О. Баринаова, Е.Л. Корнилова, Ю. Е. Батманов // Глаз. – 2008. - № 2. - С. 17-21.

- 3) Кожанова, М.И. Причины развития близорукости и ее лечение / М.И. Кожанова, Т.П.Тетерина, М.В. Кузнецова. - Казань: МЕДпресс-информ, 2004.-176 с.
- 4) Коновалова, Н.А. Опыт применения компьютерной программы «Relax» в комплексном лечении пациентов с миопией и нарушениями аккомодации / Н.А. Коновалова, Е.В Фомина, Л.В. Багуева.: тез. докл. международного симпозиума. М., 2001. - С. 41-42.
- 5) Левченко, О.Г. Прогрессирующая близорукость у детей / О.Г. Левченко. - Ташкент: Медицина, 1985. - С. 63.

УДК 617.753

Э. Ф. Биктимерова, В. В. Мунасыпова

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕФРАКЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ШКОЛЬНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г. УФА ПО ДАННЫМ
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №5**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В статье представлены результаты анализа медицинских осмотров школьников на базе ГБУЗ Детская поликлиника №5 г.Уфы в 2015г. Осмотрен 1551 пациент в возрасте от 6,7 — 18,2 лет. В результате проведенного обследования выявлено, что миопия встречается в 17,8% случаев, спазм аккомодации — 9,3%, астигматизм — 1,35%, гиперметропия — 1,2%, косоглазие — 1,0%, амблиопия — 0,4%.

Ключевые слова: миопия, гиперметропия, астигматизм, спазм аккомодации.

E. F. Biktimerova, V.V. Munasypova

**ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF REFRACTIVE DISORDERS OF
SECONDARY SCHOOLS PUPILS OF UFA ACCORDING TO THE CHILD HEALTH
CENTER NO. 5**

Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,

Ufa *Abstract: The article presents the results of analysis of medical examinations of pupils on the basis of SBHF (State budget health facility) Children's Clinic №5 of Ufa in 2015. 1551 patients were examined at the age of 6.7 - 18.2 years. As a result, the survey found that myopia is found in 17.8% of cases, the spasm of accommodation - 9,3%, astigmatism - 1.35%, hyperopia - 1.2%, strabismus - 1.0%, amblyopia - 0.4 %.*

Keywords: myopia, hyperopia, astigmatism, accommodation spasm.

Актуальность: Аномалии рефракции органа зрения являются частой проблемой заболеваний школьников. Основной причиной снижения зрения подрастающего является миопия. Миопия приводит к тяжелейшим осложнениям, как правило, необратимым и угрожающим слабовидением и слепотой, что, несомненно, ограничивает качество жизни, социальную активность, выбор профессии у подрастающего поколения. По итогам Всероссийской диспансеризации, заболеваемость детей и подростков миопией за оцениваемые 10 лет выросла в 1,5 раза. Среди выпускников школ частота миопии достигает

26%, гимназии и лицеев – 50%, на долю миопии высокой степени приходится 10-12% (Нероев В.В., 2000) [2].

Патология рефракции у детей связана с возрастными особенностями детского органа зрения, клинической картиной заболевания, его течением и исходом, значительную роль играет большая зрительная нагрузка и активное воздействие внешней среды. Профилактика и лечение глазной патологии у детей остается одной из важных проблем в офтальмологии [5].

Цель исследования: Изучение структуры рефракционных нарушений у школьников общеобразовательных школ в г. Уфа.

Материалы и методы: В 2015 году на базе ГБУЗ Детская поликлиника №5 были проведены медицинские осмотры школьников разных возрастов. Офтальмологом было обследовано 1551 учащихся в возрасте от 6,7 - 18,2 лет (средний возраст 11,8 лет), из них 729 мальчиков (47%) и 822 девочки (53%). Они были разделены на группы: I группа – учащиеся 1 классов, возраст варьировал от 6,7 г до 8,3 года; II группа- 3 и 4 классы, возраст от 9,7 до 10, 6 лет; III группа – 11 классы, возраст детей был от 17,2 до 18,2 года. В каждой группе осмотрено по 517 человек.

Проведена визометрия на аппарате Рота по таблицам Головина-Сивцева с коррекцией, офтальмоскопия для оценки состояния глазного дна, проведен опрос по специально разработанной анкете для учащихся, основными элементами которой являлись: Ф.И.О., дата рождения, пол, класс, острота зрения обоих глаз без коррекции, состояние глазного дна.

Результаты и обсуждения: Из обследованных 1551 детей выявлено 483 ребенка с низкой остротой зрения, что составило 31% от общего количества учащихся. При этом численность детей со сниженным зрением увеличивается с повышением возраста: среди первоклассников дети со сниженным зрением составили – 13,7% (66 детей), 3-4 классы – 41,2% (199 детей), 11 классы – 45,1% (218 подростков). Анализируя процентное соотношение, видно, что количество детей с нарушением зрения растет при переходе из младших классов к средним и выше. Если в младших классов детей с нарушением зрения было 13,7 % , то в средних классах составило 41,2% и в выпускных классах - 45, 1%.

На рис. 1 отображена структура рефракционных нарушений у школьников. Миопия была выявлена у 276 детей (девочек – 161 (10,4%), мальчиков – 115 (7,4%)), что составило 17,8% от общего количества учащихся, со спазмом аккомодации были 145 детей – 9,3% (девочек – 74 (4,8%), мальчиков -71(4,5%)).

Гиперметропия выявлена у 19 человек - 1,2% (девочек – 11 (0,7%), мальчиков – 8 (0,5%)), астигматизм в 21 случае - 1,35% (девочек – 12 (0,8%), мальчиков – 9 (0,6%)),

смешанный – 7 детей и сложный миопический астигматизм – 14 детей. Амблиопия - у 6 человек 0,4%.

Выявлено косоглазие у 16 детей - 1,0%, сходящееся у 7 детей и расходящееся у 9 детей.

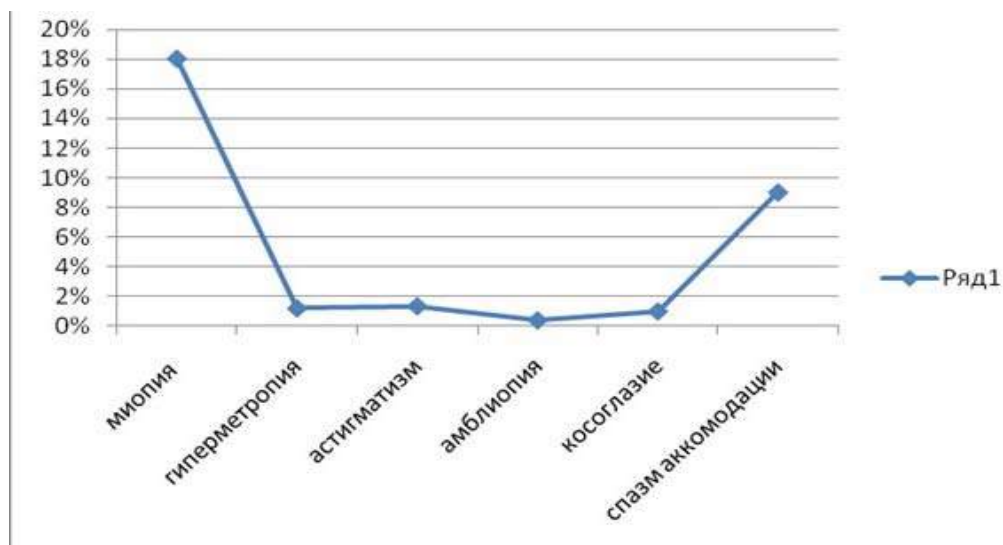


Рис 1. Структура рефракционных нарушений у школьников.

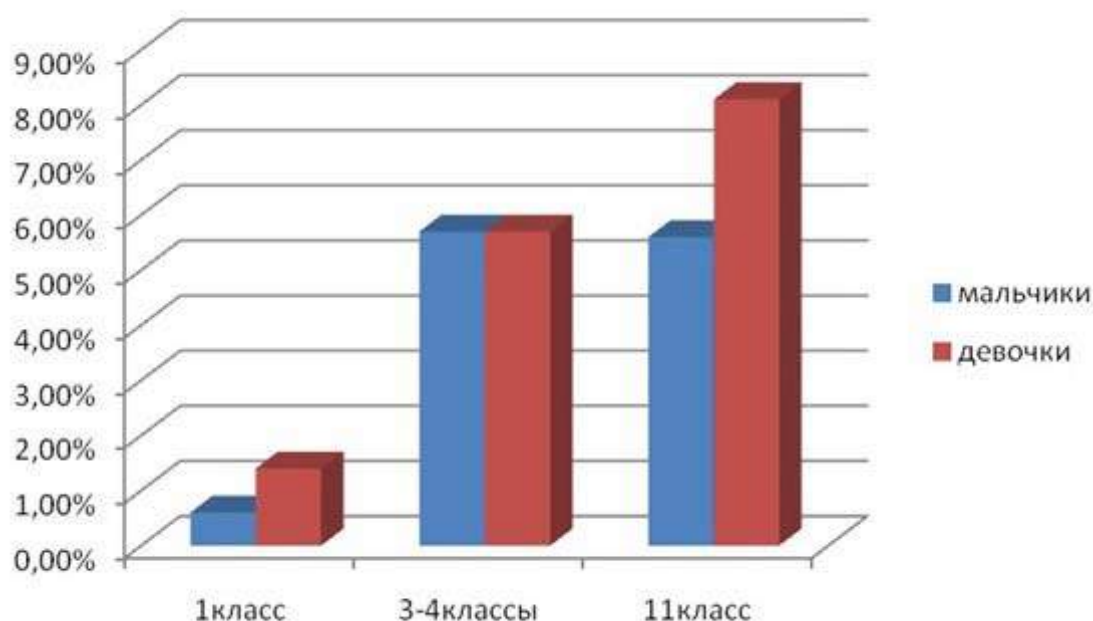


Рис. 2. Распределение миопической рефракции по группам

В группу с миопической рефракцией были включены пациенты с рефракцией от (-) 0,25 дптр и выше, и дети, как с истинной миопией, так и со спазмом аккомодации (рис. 2). Наибольшее увеличение числа близоруких школьников наблюдается в старших классах. В 1 классе 2 % (31 человек) школьников имеют миопическую рефракцию, из них девочек 21 (1,4%), мальчиков 10 (0,6%), в 3-4 классах 11,4 % - 177 человек (девочек 88 (5,7%),

мальчиков 89 (5,7%)), в 11 классе 13,7 % - 213 человек (девочек 126 (8,1%), мальчиков 87 (5,6%)). Такой прирост обусловлен физиологическими изменениями в детском организме, а также увеличением школьной нагрузки.

Интересны результаты анализа распространенности миопии в зависимости от пола школьников. Среди учащихся страдающих низким зрением, большее число составляют девочки 271 (56,1 %), мальчики 212 (43,9 %). Необходимо отметить, что с миопической рефракцией было 235 девочек (15,2%) и 186 мальчиков (11,9%) от общего количества учащихся. Это может быть связано с социально - психологическими особенностями современных школьников, проявляющих себя в большей старательности и лучшей успеваемости по учебе, а с другой стороны с малоподвижным образом жизни и низким посещением спортивных секций и оздоровительных кружков [3].

Заключение и выводы: Таким образом, выявлено, что основной причиной рефракционных нарушений у школьников, на примере общеобразовательных школ в городе Уфа, является близорукость и спазм аккомодации.

Миопическая рефракция встречается у 27,1 % школьников. Число близоруких в 1 классах 2%, в 3-4 классах – 11,4% и в 11 классе – 13,7%. Процент школьников со спазмом аккомодации к концу школьного обучения снижается и повышается количество детей с миопией. Близорукость встречается чаще у детей старшего возраста и связано с увеличением интенсивности зрительных нагрузок, перегруженные школьные программы, не соблюдение правил гигиены зрения и режима зрительных нагрузок, что согласуется с данными литературы [4].

Все вышесказанное требует проведения серьезных профилактических мероприятий [1].

Литература

1. Аветисов, Э.С. Как беречь зрение / Э.С. Аветисов. – М., Медицина, 2000. – 117 с.
2. Катаргина, Л.А. Аккомодация. Руководство для врачей. – Москва: Апрель, 2012. – 136с.
3. Петухов, В.М. Особенности возникновения и прогрессирования школьной близорукости в условиях современного учебного процесса и ее профилактики / В.М. Петухов, А.В. Медведев // Учебно-методическое пособие. – Самара, 2005 г. – 24с.
4. Смирнова, И.Ю. Рост школьной близорукости в России: дети страдают из-за невежества родителей / И.Ю. Смирнова // «Глаз», 2011.
5. Тарасова, Н.А. Различные виды расстройств аккомодации при миопии и критерии их дифференциальной диагностики / Н.А. Тарасова // Российская педиатрическая офтальмология. – 2012. - № 1. – С. 40-44

УДК 617.741-004.1-089

Р.Р. Валеева

**АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ
ВОЗРАСТНЫХ КАТАРАКТ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ОРГАНА ЗРЕНИЯ**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. В статье представлен анализ клинико-функциональных результатов лечения незрелых возрастных катаракт у пациентов с сопутствующей офтальмологической патологией.

Ключевые слова: катаракта, факоэмульсификация, глаукома, миопия, центральная дегенерация сетчатки.

R.R. Valeeva

**ANALYSIS OF THE FUNCTIONAL RESULTS OF PHACOEMULSIFICATION OF
AGE-RELATED CATARACTS AT PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE ORGAN OF
VISION**

**Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract: The article presents the analysis of clinical and functional results of treatment of immature age-related cataract in patients with concomitant ophthalmologic pathology.

Key words: cataract, phacoemulsification, glaucoma, myopia, central retinal degeneration.

Актуальность. Катаракта является неуклонно прогрессирующим заболеванием, которое характеризуется частичным или полным нарушением прозрачности хрусталика, и является одной из основных причин слабовидения и обратимой слепоты в мире. На сегодняшний день доля заболевания катарактой среди мирового населения достигает величины 19,3 млн. человек, а по официальным статистическим данным в России на 100000 населения катарактой страдает 1200 человек [2,3]. Заболевание является социально значимым, поскольку снижение зрительных функций в любом возрасте ассоциируется со снижением всех видов активности человека. Учитывая возрастающую продолжительность жизни, характерную для экономически развитых стран, прогнозируется увеличение численности больных катарактой [4]. К сожалению, катаракта зачастую является не единственной патологией органа зрения у лиц пожилого возраста. В структуре заболеваемости возрастная

катаракта чаще всего сочетается с другой возрастной офтальмологической патологией, такой как глаукома, аномалии рефракции, различные виды заболеваний сетчатки.

Цель исследования: анализ функциональных результатов факоемульсификации незрелых возрастных катаракт у пациентов с различными видами сопутствующей патологии органа зрения.

Материалы и методы. Были проанализированы клиничко-функциональные результаты хирургического лечения незрелой возрастной катаракты методом факоемульсификации (ФЭ) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) у пациентов с сопутствующей офтальмологической патологией. Из общего числа пациентов (71 пациент, 75 глаз) было выделено несколько групп. В первую группу составили 18 пациентов (20 глаз) с диагнозом «незрелая возрастная катаракта» и сопутствующим диагнозом «первичная открытоугольная глаукома II, III А стадий» медикаментозно компенсированная и ранее не оперированная. Во вторую группу были отнесены 14 пациентов (16 глаз) с сопутствующим диагнозом «миопия» средней и высокой степеней, непрогрессирующая, стабильная. Третью группу составили 14 пациентов (14 глаз) с сопутствующим диагнозом «центральная дегенерация сетчатки». Контрольную группу составили 25 пациентов (25 глаз) с диагнозом «незрелая возрастная катаракта» без сопутствующей офтальмологической патологии. Группы были сопоставимы по половому, возрастному составу, плотности катаракт, биометрическим показателям глаз, доле общих сопутствующих заболеваний. Обследование проводили до операции и на первые сутки после нее.

Результаты и обсуждение: После проведения ФЭ у пациентов всех групп были достигнуты хорошие функциональные результаты в виде повышения остроты зрения. Среднее значение остроты зрения в 1 группе пациентов до операции составляло $0,14 \pm 0,01$, после операции – $0,6 \pm 0,1$; во 2 группе пациентов дооперационная острота зрения составила $0,05 \pm 0,001$, после операции – $0,68 \pm 0,02$; в 3 группе пациентов до операции – $0,09 \pm 0,0025$, после – $0,53 \pm 0,005$; в контрольной группе до – $0,11 \pm 0,002$, после – $0,85 \pm 0,003$.

Меньшая послеоперационная острота зрения у пациентов 1,2 и 3 групп после проведения ФЭ по сравнению с группой контроля, очевидно, связана со структурными изменениями органа зрения вследствие имеющейся сопутствующей патологии. В то же время, полученные результаты были сопоставимы, а уровень послеоперационной остроты зрения у пациентов исследуемых групп удовлетворительным.

При наличии сопутствующей патологии глазного яблока у лиц с возрастной катарактой проведение ФЭ сопровождается определенными рисками, связанными с влиянием сопутствующего заболевания на структуры глаза и не всегда адекватной дооперационной оценкой плотности и распространенности катаракты. Сочетанная патология органа зрения

также сказывается на послеоперационном периоде, увеличивая частоту и тяжесть послеоперационных экссудативных реакций, а также период реабилитации. В нашем исследовании во всех случаях оперативное вмешательство протекало без осложнений, в раннем послеоперационном периоде наблюдались редкие (в 0,5% случаев) экссудативные реакции на имплантацию ИОЛ. Поскольку ФЭ позволяет уменьшить число послеоперационных инфекционных осложнений и сокращает период реабилитации пациентов с сопутствующей патологией органа зрения [1], она является методом выбора при хирургии катаракт у пациентов с сопутствующей офтальмологической патологией.

Заключение и выводы: Метод факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы на сегодняшний день является эффективным средством восстановления зрения у пациентов с возрастной катарактой при наличии различной сопутствующей патологией органа зрения с малой частотой осложнений и хорошими клинико-функциональными результатами.

Литература

1. Головин А.В. Обзор научных секций X Съезда офтальмологов России. Обзор достижений современной хирургии катаракты и интраокулярной коррекции // Российская офтальмология онлайн. – 2015. – №18. – С. 1-3
2. Корсакова Н.В., Паштаев Н.П., Сергеева В.Е., Поздеева Н.А. Современные аспекты патогенеза возрастной катаракты человека (обзор литературы) // Офтальмохирургия. – 2012. – №2. – С. 82-85
3. Российский статистический ежегодник 2014 [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_13/Main.htm (дата обращения 20 января 2016).
4. Федеральные клинические рекомендации по оказанию офтальмологической помощи пациентам с возрастной катарактой. Экспертный совет по проблеме хирургического лечения катаракты / ООО «Межрегиональная ассоциация врачей-офтальмологов». – М.: Изд-во «Офтальмология», 2015. – С. 11

УДК 617.711-002

Р.А. Гаврилова

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНЬЮНКТИВИТАМИ ПО
ОБРАЩАЕМОСТИ В КАБИНЕТ НЕОТЛОЖНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В статье приводятся результаты анализа структуры заболеваемости конъюнктивитами по обращаемости в кабинет неотложной офтальмологической помощи. В структуре конъюнктивитов преобладали бактериальные конъюнктивиты (49,3%) с изолированным поражением конъюнктивы одного глаза.

Ключевые слова: конъюнктивит, структура, этиология.

R.A. Gavrilova

**THE STRUCTURE ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CONJUNCTIVITIS IN
ATTENDANCE AT THE OFFICE OF EMERGENCY EYE CARE**

**Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract: The article presents the results of the structure analysis of the incidence of conjunctivitis by referral to the office of emergency eye care. In the structure dominated conjunctivitis bacterial conjunctivitis (49,3%) with isolated inflammation of the conjunctiva of one eye.

Keyword: conjunctivitis, structure, etiology.

Актуальность. Конъюнктивит – часто встречающаяся патология глаз. Воспаление слизистой оболочки век и глазного яблока составляют около трети (до 30%) всех глазных заболеваний и немногим более двух третей случаев всей воспалительной патологии [1].

По данным литературы доля бактериальных конъюнктивитов составляет 40-55%, вирусных – 20-25%, аллергических – 15-20%. На долю конъюнктивитов неустановленной этиологии приходится до 25% [4].

Воспалительные заболевания конъюнктивы также являются одной из основных причин экономических потерь по временной нетрудоспособности. Поэтому профилактика и лечение конъюнктивитов имеют немаловажное значение.

Цель исследования: проанализировать структуру заболеваемости конъюнктивитами по обращаемости.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней. Был обследован 71 человек (78 глаз). Пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование – визометрия и биомикроскопия. Диагноз устанавливался на основании жалоб и клинической картины заболевания [3].

Результаты и обсуждения. В результате исследования было выявлено, что доля пациентов, обратившихся с конъюнктивитами, составила 47,89% (34 человека), с блефароконъюнктивитами – 45,07% (32 человека), с кератоконъюнктивитами – 7,04% (5 человек) (рис. 1).

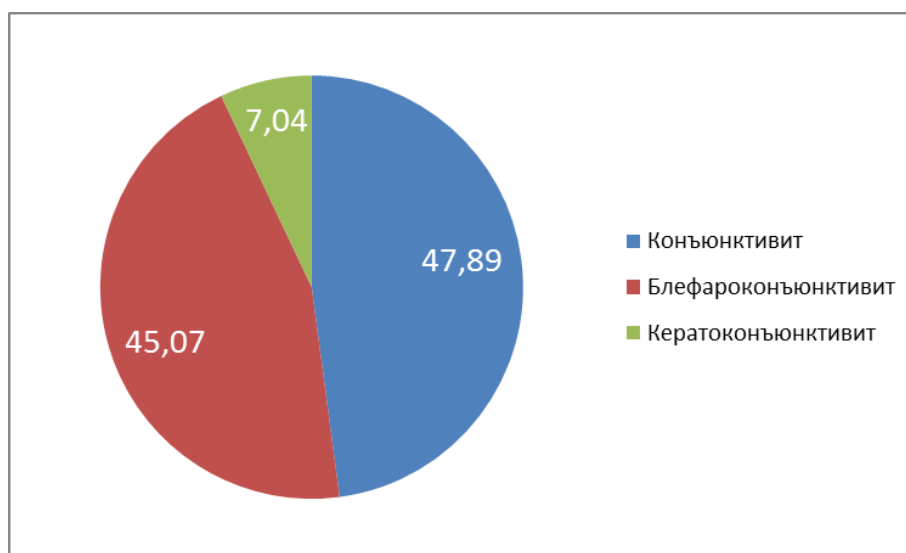


Рис. 1. Структура конъюнктивитов по форме.

В структуре заболеваемости конъюнктивитами первое место занимали бактериальные конъюнктивиты – 49,30% (35 человек), второе – конъюнктивиты неустановленной этиологии – 42,25% (30 человек), третье – вирусные конъюнктивиты – 5,63% (4 человека), четвертое – конъюнктивиты смешанной этиологии – 2,82% (2 человека) (рис. 2).

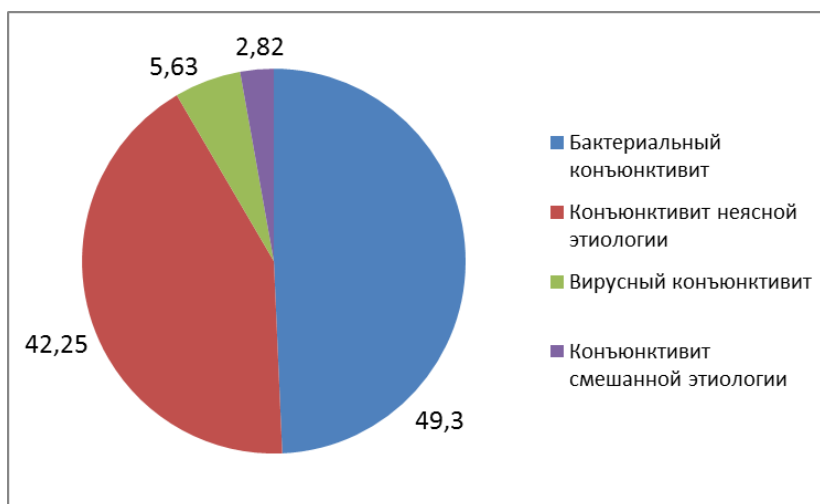


Рис. 2. Структура конъюнктивитов по этиологии.

При изолированном воспалении конъюнктивы чаще отмечалось поражение правого глаза – 25,35% (18 человек), реже – левого – 15, 49% (11 человек) и обоих глаз – 7,04% (5 человек). При блефароконъюнктивитах – правого и левого глаза одинаково – 21,13% (по 15 человек), реже – обоих глаз – 2,82% (2 человека). При кератоконъюнктивитах чаще отмечалось поражение левого глаза – 4,23% (3 человека), реже – правого – 2,82% (2 человека).

Более частое поражение одного глаза при конъюнктивите или кератоконъюнктивите, вероятно, связано с первоначальным развитием воспалительного процесса в результате непосредственного контакта с инфекционным агентом, в то время как в патогенезе развития блефароконъюнктивитов играет большую роль наличие сопутствующих соматических заболеваний, приводящих к активации сапрофитной флоры [2].

Заключение и выводы. В структуре воспалительных поражений конъюнктивы преобладали конъюнктивиты бактериальной этиологии (49,3%) с односторонним развитием инфекционного процесса.

Литература

1. Бикбов М.М., Мальханов В.Б., Бабушкин А.Э. Распространенность и классификация конъюнктивитов, общие представления о клинических симптомах. В кн.: Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение. – М.: Апрель, 2015. – с. 7.
2. Жабоедов Г.Д., Скрипник Р.Л., Баран Т.В. Острые конъюнктивиты. В кн.: Офтальмология: учебник / Г.Д. Жабоедов, Р.Л. Скрипник, Т.В. Баран [и др.] – К.: ВСИ «Медицина», 2011. – с. 144.
3. Халдина А.А. Анализ острой воспалительной патологии конъюнктивы и век по данным пункта круглосуточной амбулаторной офтальмологической помощи / А.А. Халдина

// Проблемы воспаления в офтальмологии: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Челябинск, 2013 – с. 24.

4. Шаммасова Э.Р. Конъюнктивиты в Республике Башкортостан / Э.Р. Шаммасова // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Уфа, 2006. – с. 23.

УДК 617.58-77

Ю.Э. Даминов, А.С. Муртазин, Л.Р. Зиннатуллина

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ ТРЕНАЖЕРА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ТЕХНОЛОГИИ 3D-ПЕЧАТИ ДЛЯ ТРЕНИНГА ОПЕРАЦИИ ТОТАЛЬНОГО
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Предложена созданная с помощью 3D-печати модель тренажера для овладения профессиональными навыками операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Определены преимущества данного метода обучения специалистов в сравнении с традиционными его формами в рамках решения стратегических задач повышения качества оказания медицинской помощи населению.

Ключевые слова: симуляционное обучение, тренажер, модель, эндопротезирование.

J.E. Daminov, A.S. Murtazin, L.R. Zinnatullina, R.R. Jakupov

**«THE USING OF THE TRAINING MODEL MADE WITH 3D-PRINTERING
TECHNOLOGY FOR SIMULATION OF THE TOTAL HIP ARTHROPLASTY
OPERATION»**

**Department of Traumatology and Orthopaedics with postgraduate course, Bashkir
State Medical University, Ufa**

Abstract: A simulation model for mastering the surgery skills in the total hip arthroplasty was created with the help of 3D-printing. The advantages of this method of tutoring the specialists were brought out in comparison with traditional forms in the framework of the strategic decisions of improving the quality of medical care.

Keywords: simulation, training, arthroplasty, 3D-modelling, traumatology.

Актуальность. В современных условиях решение стратегических задач повышения качества оказания медицинской помощи одной из важных составляющих является реализация компетентностного подхода к подготовке специалистов различного профиля. Для овладения профессиональными практическими навыками требуется достаточно длительное время выполнения различных врачебных вмешательств. Так, по данным разных авторов, врачам, специализирующимся в области эндовидеохирургии, необходимо выполнить от 10 до 200 лапароскопических холецистэктомий, 20–60 фундопликаций [6,7]. Для достижения высокого уровня профессиональных навыков на додипломной подготовке, необходимо

выполнить 100–200 различных процедур под контролем преподавателя. При таком обучении необходимым условием является использование дорогостоящего оборудования, наборов инструментов и расходных материалов, при этом не исключен определенный риск для пациента, в том числе развития ятрогенных осложнений, что является недопустимым [6].

Первый опыт использования виртуальных тренажеров и манекенов, который показал высокую их эффективность для приобретения компетенций в овладении технологиями, был получен за рубежом [2,6]. Реализация возможности приобретения молодым специалистом профессиональных навыков выполнения различных клинических манипуляций до применения их на пациентах является актуальной и своевременной.

Современный уровень развития симуляционных технологий и возможностей для разработки тренажеров-имитаторов позволяет проводить обучение специалиста, имеющее определенные преимущества по сравнению с традиционными формами, к которым относятся следующие варианты: на животных, на трупах, с участием пациентов в рамках ассистирования и курации [6]. Указанные формы обучения имеют определенные недостатки – при манипуляциях на животных не всегда возможно однозначно имитировать патологический процесс, кроме того, их содержание и обслуживание достаточно дорогостоящи. Количество и время выполнения манипуляций на животных может быть ограничено, возникает множество этических вопросов. Сложным, затратным, требующим серьезного юридического сопровождения является обучение на трупном материале.

Основная цель обучения на манекенах – развитие профессиональных мануальных навыков, давая возможность проводить конкретные практические манипуляции, такие как интубация, обеспечение доступа, отработку отдельных методик и алгоритмов, которые позволяют обучающемуся представить их в деталях действия, упорядочить и запомнить их технологический порядок [3]. Получены многочисленные доказательства, свидетельствующие об успешном применении приобретенных обучающимся навыков при работе с пациентами [8,9,10].

В мире ежегодно проводится 1 миллион тотальных эндопротезирований тазобедренного сустава [11]. Артропластика относится к наиболее объемным и высокотехнологичным вмешательствам в ортопедической хирургии, поэтому анализ и тщательное изучение этого вида лечения являются актуальным вопросом, позволяющим, с одной стороны, раскрыть многие проблемы в современном эндопротезировании, с другой стороны – оптимизировать лечебно-диагностический процесс [4,5].

Успех операции во многом коррелирует с индивидуальными мастерством и знаниями специалиста: понимание анатомии сустава, этапов операции, правильная предоперационная подготовка, определяющая расположение эндопротеза, навыки работы с инструментами и

оборудованием, обеспечение биологической безопасности участников процесса. В связи с указанным, поиск новых, основанных на применении более эффективных и снижающих риск для пациента технологий овладения профессиональными компетенциями является актуальным направлением, обеспечивающим возможность повышения качества обучения специалистов.

Цель исследования. Разработать эффективный и безопасный, а также менее дорогостоящий по сравнению с аналогами способ овладения технологиями тотальной артропластики тазобедренного сустава обучающимися для снижения риска развития интра- и послеоперационных осложнений и, как следствие, повышения качества оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Предложена технологическая модель тазобедренного сустава и эндопротез, изготовленные с помощью 3D-печати на специализированном оборудовании (принтере) из неорганических синтетических полимеров. Создана модель, основанная на здоровом тазобедренном суставе, работая с которой, обучающиеся могли детально изучить нормальное анатомическое строение сустава. Созданы модели тазобедренных суставов с различными патологическими изменениями, требующими применения эндопротезирования. Печать производилась на основе КТ-снимков тазобедренного сустава. Электронные данные компьютерного томографа в формате .DICOM, используемым большинством применяемых в практическом здравоохранении компьютерных томографов, обрабатывались фильтрами, очищались от шумов в специализированном программном обеспечении по 3D-моделированию для получения оптимальной модели, максимально приближенной к реальному анатомическому строению сустава, которая отправлялась в печать на 3D-принтер. Для обеспечения технологических этапов создания модели использовано следующее программное обеспечение: RadiAnt DICOM Viewer; 3D-Slicer 4.4.0; SpaceClaim Viewer. Все программы находятся в свободном доступе в сети Интернет.

Результаты и обсуждение. Данные модели позволяют обучающимся изучить и понять патогенез развития заболеваний тазобедренного сустава, воздействие патологического процесса на анатомию и физиологию сустава, а также влияние различных факторов, приводящих к подобным изменениям. При работе с макетами преподаватель может разъяснить и продемонстрировать особенности оперативного вмешательства с учетом особенностей анатомического строения тазобедренного сустава. С помощью макетов возможно визуализировать каждый этап проводимой операции, предоставляя наилучший обзор во всех проекциях, сформировать навыки правильной подготовки операционного поля, обработки сустава, выбора позиционирования эндопротеза, обработки кости и подготовки вертлужной впадины и бедренной кости к установке компонентов эндопротеза.

Самостоятельное выполнение обучающимися технологического процесса операции под контролем преподавателя позволило оценивать уровень полученных знаний и сформированных профессиональных навыков у обучающихся, что повышает эффективность обучения.

Преимуществом такого обучения является возможность реализовать большое число повторов, которое может быть ограничено лишь количеством макетов, что позволяет отработать манипуляцию до достаточного уровня для допуска непосредственно к работе с пациентами.

Проведенное после тренингов на 3D-модели анкетирование обучающихся выявило, что после работы на тренажере ими в условиях участия в операционном процессе по артропластике тазобедренного сустава неоднократно отмечено более глубокое понимание происходящих технологических процессов операционного вмешательства и низкий уровень стрессового воздействия окружающей обстановки. Оценка оперирующей бригады хирургов действий обучающихся в роли ассистентов в операционном процессе была положительной.

Помимо практической составляющей применяемая модель тренажера позволяет овладеть навыком современного метода предоперационного проектирования – 3D-визуализации, используемого для выбора единственно правильного позиционирования эндопротеза до начала операционного доступа и непосредственной визуализации сустава, и который используется в сложных случаях дегенеративных заболеваний суставов, деформирующих их нормальное анатомическое строение[5]. Кроме того, модель тренажера может использоваться в качестве базовой составляющей для разработки и безопасного испытания новых способов артропластики сустава и других инвазивных манипуляций на нем.

Заключение и выводы. Применение представленной модели тренажера, изготовленной с помощью доступной в современных условиях 3D-печати, для практического овладения основными этапами операционного вмешательства по артропластике тазобедренного сустава обладает преимуществами по сравнению с традиционными методами обучения и позволяет сформировать высокий уровень выполнения манипуляций, что, безусловно, снижает риск развития различных осложнений.

Обучение на тренажере исключает риск нанесения вреда пациенту и обеспечивающей среде (инструментарий, оборудование), что снижает возможные экономические затраты, поскольку проводится под контролем преподавателя и до манипуляций с пациентом. Обучающийся, не прошедший многократного тренинга с применением 3D-модели тренажера, подвержен воздействию стрессового фактора, являющегося результатом наличия ответственности перед пациентом и коллегами, непривычной обстановки и стоящих перед

ним задач. Стрессовый фактор может негативно сказаться на результатах операции [1], поэтому его минимизация в результате обучения оказывает благоприятное влияние на выполнение манипуляции. Получение навыков с применением тренажера позволяет в последующем при динамическом наблюдении за пациентами, подвергшимися данной операции, объективно оценить достигнутый уровень профессиональной подготовки специалиста в данном операционном вмешательстве. Перечисленные преимущества модели перед традиционными методами обучения являются инновационной составляющей указанного метода для повышения качества оказания медицинской помощи.

Литература

1. Галимов А.Р. Стресс на работе у врачей-хирургов и его профилактика. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2006г.
2. Горшков М.Д., Свистунов А.А. Симуляционное обучение в медицине. – Москва: Издательство Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, 2013 – 288 с, ил.
3. Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине // Эпидемиология и инфекционные болезни – 2014 – № 1 – С. 49-61.
4. Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Хаиров Т.Э. и др. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при посттравматических поражениях проксимального отдела бедра // Политравма – 2015 – №4 – С. 19-27.
5. Муртазин А.С., Даминов Ю.Э., Закиров А.Р. Эффективность различных технологий предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава // Вестник БГМУ – 2015 – приложение №2 – С. 852-857.
6. Петров С.В., Стрижелецкий В.В., Горшков М.Д., Гуслев А.Б., Шмидт Е.В. Первый опыт использования виртуальных тренажеров. // Виртуальные технологии в медицине – 2009 – №1 – С. 4–6.
7. Dongen K.W., Zee D.C., Broeders I.A. M.J. Can a virtual reality simulator distinguish between different experience levels in endoscopic surgery? // Surg Endosc – 2007 – 21 –P.1413-1417.
8. Hallikainen H., Väisänen O., Randell T. et al. Teaching anaesthesia induction to medical students: comparison between full-scale simulation and supervised teaching in the operating theatre. // Eur. J. Anaesth – 2009 – 26 – P.101–4.
9. Hassan I., Sitter H., Schlosser K., Zielke A., Rothmund M., Gerdes B. A virtual reality simulator for objective assessment of surgeons laparoscopic skill. // Chirurg – 2005 Feb; 72(2): 151–5.

10. Holzwarth U., Cotogno G. Total hip arthroplasty: State of the art, prospects and challenges. // Institute for Health and Consumer Protection, European Union Joint Research Center. 2012.
11. Murin S., Stollenwerk N.S. Simulation in procedural training: at the tipping point. // Chest. 2010; 137: 1009–11

УДК 616.716.42-086

Д.Б. Жаксымбетов, Д.К. Сабыков, С.К. Рахимов

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ШВА
НА АХИЛЛОВЫХ СУХОЖИЛИЯХ В ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

Резюме: В результате экспериментального исследования установлено, сила растяжения соединения ахиллова сухожилия швом Giftbox с силой на прочность весом 1 кг и последующее увеличение циклической растяжки от 1 до 10 кг, сохранила прочность соединения при этом каждый экземпляр, который растягивался > 8 мм считался несостоятельным и его незамедлительно убрали из всех будущих тестов. Исследования достоверно свидетельствуют о целесообразности использования данного способа наложения на Ахиллова сухожилия шва Giftbox. Эксперимент был проведен на испытательной машине ВМТ-20. (НИИТО).

Ключевые слова: техника, новый способ, Ахиллово сухожилие, эксперимент.

D.B. Zhaksymbetov, D.C. Sabykov, S.K. Rakhimov

**PROVIDED EXPERIMENTAL EVIDENCE OF NEW SUTURE TECHNIQUE IN
ACUTE METHOD ACHILLES TENDONS REPTURE IN LABORATORIC CONDITIONS**

JSC «Medical university Astana», Astana, Republic of Kazakhstan

Resume. Experimental study results show that the tensile force of fusion connection Achilles tendon suture by Giftbox stitch with a force of 1 kg of weight for stiffness and following increase in cyclic linear atrophy from 1 to 10 kg, retained strength of joint efficiency in which case each sample spread > 8 mm was considered incapable and it was removed of all future tests immediate. Research reliably indicat of using this method of mode of superposition on the Achilles tendon Giftbox stitch. Experiment was conducted on a test machine TDC-20. (Research institute of traumatology and orthopedics)

Key words: technique, new method, Achilles tendon, experiment.

Актуальность темы: Разрыв Ахиллова сухожилия в развитых странах значительно повысился в последние 2 десятка лет. Хотя большинство разрывов Ахилловых сухожилий происходит во время занятия спортом (от 44% до 83%), [1,2,3,4] в отношении структурных, биохимических, биомеханических изменений возраст также играет значительную роль. Разрыв Ахиллова сухожилия чаще встречается у мужчин, с соотношением мужчин и женщин от 1.7:1 до 30:1 [5,6,7], возможно это связано с тем, что мужчины больше занимаются

спортом, следовательно, они более восприимчивы к травме. Типично, что острый разрыв ахиллова сухожилия встречается в мужских профессиях или у офисных работников после 30-40 лет, нерегулярно занимающихся спортом. Ахиллово сухожилие является самым сильным и толстым сухожилием в организме, но и одним из наиболее часто травмирующихся. Ранее были представлены и хирургические и консервативные методы лечения разрыва Ахиллова сухожилия. «Конец в конец», использующийся при открытых оперативных вмешательствах считается золотым стандартом. В течение многих лет обширные разрывы ахиллова сухожилия восстанавливались с помощью швов, Cuneo, (Bunnell) Kessler, (Kessler –Rozova- Tajima) и традиционным швом Кракова открытой, чрескожной техникой. Однако все эти методы соответствуют доказательствам, основанных на данных, отражающих многие осложнения из-за некоторых недостатков этих методов. Ранние исследования демонстрировали, что метод Кракова лучше чем техника Kessler или Bunnell. [8,9,10,11,12].

Анатомия. Ахиллово сухожилие - самое прочное сухожилие человека. Оно отличается высокой устойчивостью к разрыву, значительной эластичностью и пластичностью при незначительной растяжимости. Соотношение поперечников сухожильной и мышечной частей здесь составляет 1:150, в то время как для остальных сухожилий 1:40-1:80. Прочность сухожилия составляет около 4500 Н при статических нагрузках, и до 9300 Н при динамических. Длина сухожилия увеличивается при этом на 7-15% от первоначальной. Ткань ахиллова сухожилия состоит на 30% из коллагена (в основном I типа), 2% эластина, кислых полисахаридов (гиалуроновая кислота, хондроитинсульфат) и воды. Коллагеновые волокна группируются в первичные пучки, из которых формируются большие вторичные пучки или фасцикулы, которые окружены эндотеноном – рыхлой соединительной тканью, содержащей нервы, кровеносные и лимфатические сосуды, и обеспечивающей возможность некоторого скольжения пучков относительно друг друга. Пучки группируются вместе, формируя сухожилие, окружаемое паратеноном. Паратенон состоит из двух листков: висцерального – эпитенона, покрывающего все сухожилие, и париетального – перитенона, граничащего с окружающими тканями. Листки паратенона разделены капиллярным слоем жидкости для уменьшения сил трения при движениях сухожилия.

Цель исследования. Поиск оптимального способа соединения разрывов Ахиллова сухожилия.

Материалы и методы экспериментального исследования. Мы предлагаем новый метод для лечения острых разрывов Ахиллова сухожилия. Наша петлевая техника шва выполняется с использованием модифицированного шва Giftbox.

Техника Giftbox , для восстановления Ахиллова сухожилия (трупный материал) была подтверждена биомеханически, в том, что она более чем в 2 раза прочнее традиционного шва Кракова (Рис.1).

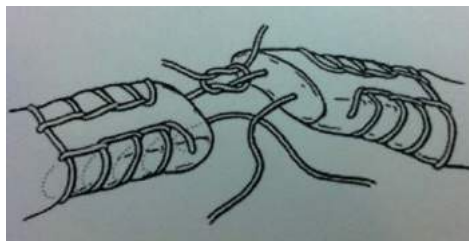


Рис.1 Классический шов Krackow

К данному времени нет отчетов, которые бы оценивали альтернативную технику с точки зрения исходов у пациентов. Мы предполагаем, что использование Giftbox (Рис.2), могло бы привести к положительному результату у пациентов, с минимальными осложнениями.

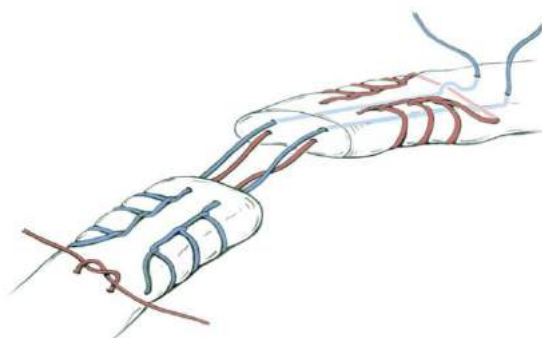


Рис.2. Модификация шва Krackow - Giftbox

Были собраны 8 трупных Ахилловых сухожилий. Доступ был сделан на 4 см проксимальнее места прикрепления Ахиллова сухожилия к пяточному бугру. Все Ахилловы сухожилия также были защищены эпитендиозным швом полипропиленовой нитью 3-0, чтобы соединить концы сухожилия. После наложения шва нами была проведена предварительная проверка 8 Ахилловых сухожилий на прочность весом 1 кг и последующее увеличение циклической растяжки от 1 до 10 кг. Любой экземпляр, который растягивался > 8 мм считался несостоятельным и его незамедлительно убрали из всех будущих тестов. Проверка была проведена на испытательной машине ВМТ-20 (Рис.3 и 4).



Рис.3. Испытательная машина BMT-20



Рис.4. Ахиллово сухожилие в испытательной машине Шов Giftbox

Результаты и обсуждение. По сравнению с классической техникой шва Krackow, модификация Giftbox имеет ряд преимуществ: первое, как было показано ранее увеличение стежков приводит к улучшению восстановления и уменьшает диастаз. Второе, завязывание узлов вдали от места разрыва препятствует образованию напряжения, которое может служить очагом преждевременного повреждения. Последнее, узлы, проходящие вокруг поперечника сухожилия от противоположного узла увеличивают в динамике прочность.

Заключение и выводы. Основываясь на наших биомеханических исследованиях, Ахиллово сухожилие, восстановленное с помощью техники Giftbox становится более чем в 2 раза прочнее, чем те, которые были восстановлены с помощью традиционных техник Krackow , Kessler , Bunnell. Мы рекомендуем модификацию Кракова Giftbox, чтобы минимизировать площадь разрыва и улучшить прочность.

Литература

1. Akizukii KH, Gartman EJ, Nisonson B. The relative stress on the Achilles tendon during ambulation in an ankle immobilizer: implications for rehabilitation after Achilles tendon repair. *Br J Sports Med* 2001;35:329-33.
2. Aktas S, Kocaoglu B. Open versus minimal invasive repair with Achillon cevice. *Foot Ankle Int* 2009;30:391-7.
3. Canete AC, Deiparine HP. Treatment of chronic Achilles tendon rupture with triple bundle suturing technique and early rehabilitation: early results. *Tech Orthop* 2006;21:134-42
4. Cook KD, Clark G, Lui E, Vajaria G, Wallace GF. Strength of braided polyblend polyethylene sutures versus braided polyester sutures in Achilles tendon repair. *J Am Podiatric Med Assoc* 2010;100:185-8.
5. Cretnik A, Kosanovic M, Smrkolj V. Percutaneous suturing of the ruptured Achilles tendon under local anesthesia. *J Foot Ankle Surg* 2004;43:72-81.
6. Cretnik A, Zlajpah L, Smrkolj V, Kosanovic M. The strength of percutaneous methods of repair of the Achilles tendon: a biomechanical study. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:16-20.
7. Elliot RR, Calder JDF. Percutaneous and mini-open repair of acute Achilles tendon rupture. *Foot Ankle Clin N Am* 2007;12:573-82.
8. Gebauer M, Beil FT, Beckmann J, Sarvary AM, Ueblacker P, Ruecker AH, Holste J, Meenen NM. Mechanical evaluation of different techniques for Achilles tendon repair. *Arch Orthop Trauma Surg* 2007;127:795-9.
9. Herbort M, Haber A, Zantop T, Goxheger G, Rosslensbroigh S, Raschke MJ, Petersen W. Biomechanical comparison of the primary stability of suturing Achilles tendon rupture: a cadaver study of Bunnell and Kessler techniques under cyclic loading conditions. *Arch Orthop Trauma Surg* 2008;128:1273-7
10. Huffard B, O'Loughlin PF, Wright T, Deland J, Kennedy JG. Achilles tendon repair: Achillon system vs. Krackow suture: An anatomic in vitro biomechanical study. *Clinic Biomech* 2008;23:1158-64.
11. Демичев Н.П., Хайрулин Ю.Х., Филимонов Э.П. // Вестник травм. и орт. - 2000.- № 4. - С.20-22.
12. Краснов А.Ф. // Ортопед., травматол. – 1990.- № 12. - С. 38-41.

УДК 617.721-002

М. М. Зиятдинова, Л.Р. Сулейманова

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИРИДОЦИКЛИТОВ ПО ДАННЫМ
ГОСУДАРСТВЕННОГО ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГКБ №10**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский Государственный
Медицинский Университет, г. Уфа**

Резюме. В работе проанализированы данные по 28-и больным с иридоциклитом, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №10 г. Уфа за период за 2015 год. Все больные были поделены на группы по этиологии: вирусные, аллергические, послеоперационные, посттравматические и неясной этиологии, и по срокам обращаемости: на 1-3 день, на 3-7 день и более 7 дней. Максимальное улучшение зрения выявили у лиц молодого и среднего возраста, и при обращаемости в ранние сроки (1-3 день.)

Ключевые слова: иридоциклит, передний увеит, динамика остроты зрения.

M.M. Zijatdinova, L.R. Suleimanova

**IRIDOCYCLITIS STRUCTURE ANALYSIS ACCORDING TO THE DATA OF CITY
CLINICAL HOSPITAL №10 STATE OPHTHALMOLOGIC CENTRE**

Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,

Ufa Abstract. In this paper, the data of 28 patients with iridocyclitis are analyzed. All patients get indoor treatment in city clinical hospital № 10. All patients are divided into groups according to etiology: viral, allergic, postoperative, post-traumatic and undefined etiology, and according to the terms of the medical consultation: during the 1-3 days, during 3-7 days and over 7 days. Maximum eyesight improvement were revealed from patients of young and middle age with medical consultation in the early stages (1-3 days).

Key words: iridocyclitis, anterior uveitis, dynamics of vision acuity.

Актуальность. В настоящее время проблема лечения увеитов, среди которых значительную долю составляют передние увеиты (иридоциклиты) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем во всем мире. Это обусловлено тем, что тяжёлые формы увеитов характеризуются высоким уровнем инвалидизации в связи с развитием разнообразных осложнений: глаукома, осложненная катаракта, отслойка сетчатки, фиброз стекловидного тела и др. Вследствие этого они нередко служат причиной развития слабовидения и даже слепоты. В частности, ежегодная заболеваемость только эндогенными увеитами в развитых странах составляет 15-38 человек на 100 000 населения, при этом

слабовидение диагностируется в 10-35% случаев, а инвалидизация достигает уровня 35% случаев [4]. При тяжёлых формах заболевания слепота на оба глаза возникает с частотой 10%-15% [3]. Учитывая, что большинство пациентов с увеитами находится в возрасте 25-44 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте, проблема увеитов приобретает не только медико-социальное, но и экономическое значение [5]. Проблема усугубляется тем, что в последние десятилетия отмечается рост заболеваемости увеитами во всех возрастных группах, а также расширение их этиологического спектра. По данным некоторых исследователей, более чем у половины пациентов увеиты принимают хроническое рецидивирующее течение, что определяет трудности диагностики и лечения данной патологии. Не до конца определена и тактика лечения увеитов. Несмотря на то, что сегодня разработаны как традиционные консервативные методы лечения, направленные на регрессию воспалительного процесса, так и экстракорпоральные методы терапии, активное их применение ограничивается многочисленными противопоказаниями и может привести к тяжёлым осложнениям [2]. В этой связи весьма актуальным является изучение этиопатогенеза иридоциклитов, современных возможностей их диагностики и лечения. Это и определило значимость проведенного исследования.

Цель исследования: провести сравнительный анализ и выявить основные критерии эффективности лечения пациентов с иридоциклитами.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ 28 (56 глаз) истории болезни больных с иридоциклитом, находившихся на стационарном лечении в ГОЦ ГKB №10 за 2015 год. Возраст пациентов варьировал от 24 до 78 лет. В зависимости от возраста были выделены группы: до 30 лет- 3 (10,71%) пациента, от 30 до 55 лет- 17 (60,71%) пациентов, от 55 лет- 8 (28,57%) пациентов. Средний возраст пациентов составил $49,28 \pm 13,5$ лет, среди них 14 (42,86%) женщин и 16 (57,14%) мужчин. В зависимости от трудоспособности выделены группы: работающие – 16 (57,14%) пациентов, не работающие- 5 (17,85%) пациентов, пенсионеры - 7 (25,0%). Все пациенты прошли офтальмологическое обследование до и после лечения, включающее в себя наружный осмотр, визометрию, периметрию, бесконтактную тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Части пациентов проведен ИФА. Всем больным была проведена комплексная консервативная терапия, которая включала в себя следующие группы лекарственных средств: антибиотики, антигистаминные, кортикостероидные, нестероидные противовоспалительные препараты, мидриатики и поливитамины. Применялось как местное так и системное введение препаратов. Также для профилактики образования спаек использовалось физиотерапевтическое лечение.

Результаты и обсуждение: Как показали результаты анализа данных, одностороннее поражение выявлено у 26 человек(92,86%), двустороннее поражение- у 2 (7,14%). Острый иридоциклит выявлен у 12 человек (57,14%), хронический - у 16 человек (42, 86%). При разделении больных иридоциклитом по этиопатогенезу получили следующие группы: 1. Вирусная этиология- 3 чел.(10,71%) , 2. Аллергическая этиология- 2чел.(7,14%) , 3. Связывают с травмой -2 чел.(7,14%) , 4. Послеоперационные – 3 чел.(10,71%), с неясной этиологией- 18(64,28%) человек (рис.1).

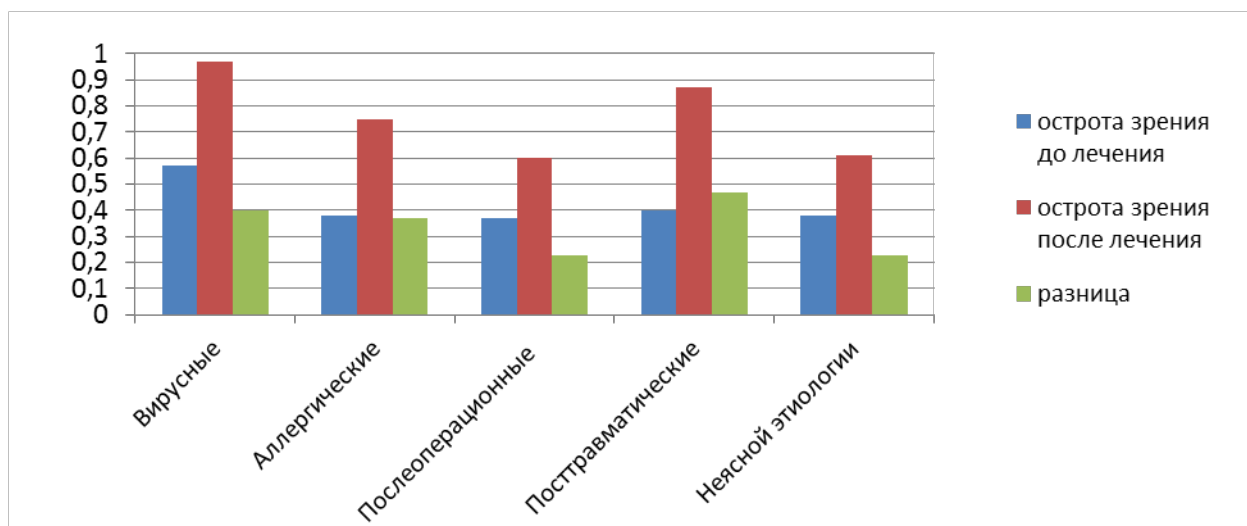


Рис.1. Динамика изменения остроты зрения в зависимости от этиопатогенеза иридоциклита.

Критерием оценки эффективности лечения явился показатель остроты зрения при поступлении и при выписке. Выявлено, что средние показатели остроты зрения после лечения выше у пациентов с иридоциклитом вирусной этиологии и посттравматическим иридоциклитом. У пациентов с иридоциклитом неясного генеза показатели ниже, чем у остальных групп.

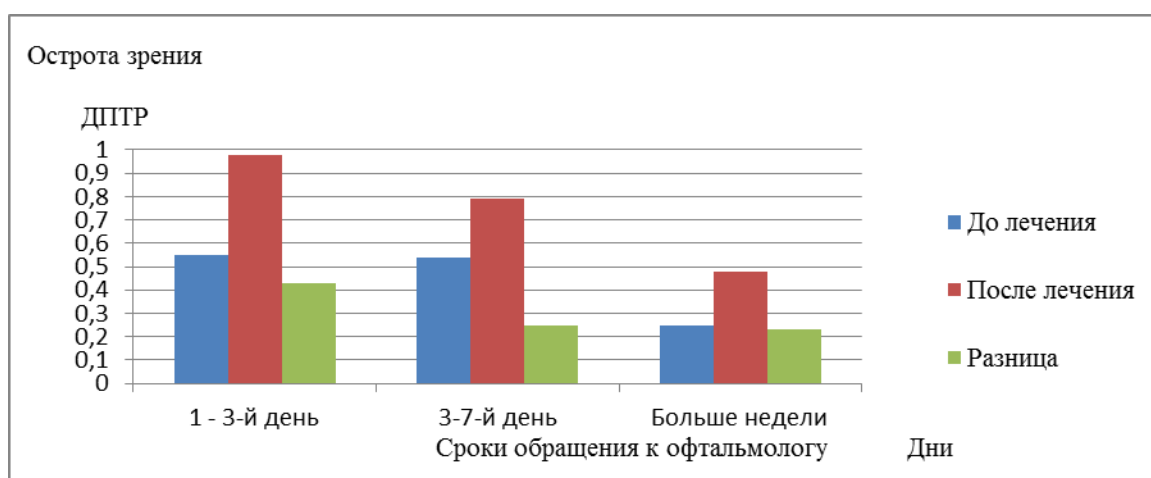


Рис. 2. Динамика изменения остроты зрения в зависимости от сроков обращения к офтальмологу

На данной диаграмме (рис.2) наглядно показано, как меняется динамика остроты зрения пациентов в зависимости от дня обращения к офтальмологу. Таким образом, наибольшее улучшение остроты зрения наблюдается у больных, которые обратились за помощью к офтальмологу в первые три дня болезни, чем у тех кто обратился позже.

Таблица № 1 Динамика остроты зрения у больных с иридоциклитом в зависимости от возраста

Возраст пациентов с иридоциклитом	Острота зрения		
	До лечения	После лечения	Разница
До 30 лет (n=3)	0,33 ± 0,30	0,6 ± 0,48	0,27 ± 0,33
От 30 до 55 лет (n=11)	0,49 ± 0,33	0,82 ± 0,24	0,32 ± 0,25
От 55 лет и старше(n= 7)	0,44 ± 0,28	0,65 ± 0,30	0,21 ± 0,15

n-количество пораженных глаз

В исследовании динамики остроты зрения в зависимости от возраста (таб.1) было выявлено, что после проведенного лечения, наибольшее улучшение остроты зрения, наблюдается у людей молодого (0,27 ± 0,33) и среднего возраста (0,32±0,25), нежели у лиц пожилого возраста(0,21±0,15).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2013.

Заключение и выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что иридоциклит является серьезным заболеванием, значительно снижающим остроту зрения, являющимся причиной потери трудоспособности на 9,6 койко-дней в среднем. Выявлено, что при раннем обращении пациента к офтальмологу острота зрения выше в 2 раза по сравнению с поздним обращением пациента. Также лучшие результаты лечения дают пациенты с острым иридоциклитом и пациенты более молодого возраста. По этиопатогенезу иридоциклиты неясного генеза составляют 60% от всех иридоциклитов и имеют наименьшие показатели остроты зрения после лечения. Следовательно, чтобы правильно и своевременно выявить причину заболевания и назначить соответствующее лечение для достижения желаемых результатов, нужно шире использовать более современные и точные методы диагностики (ИФА, ПЦР).

Литература

1. Аветисов С.Э. Офтальмология. Национальное руководство. – М., 2008. - 1017 с.
2. Ермакова Н.А. Этиопатогенез увеитов // VIII съезд офтальмологов России: тез.докл. – М., 2005. - С. 104-105.

3. Майчук Ю.Ф. Успехи и проблемы эпидемиологии и фармакотерапии воспалительных заболеваний глаз // Материалы 7-го съезда офтальмологов России. – М., 2010. - С. 153-154.
4. Сенченко Н.Я.,Щуко А.Г.,МалышевВ.В.Увеиты: руководство – М., 2010. - 144 с.
5. Чшиева М.Р. Комплексная диагностика и комбинированное лечение больных хроническим рецидивирующим увеитом с применениемэкстракорпоральной гемокоррекции: автореф. дис... канд. мед. наук. - СПб., 2012. 20 с.

УДК 617.753.2

Г.М. Идрисова, А.А. Александров, Р.Г. Мухаметов

**РЕЗУЛЬТАТЫ FEMTOLASIK С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФЕМТОСЕКУНДНОГО
ЛАЗЕРА LENSX**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. Проведен анализ отклонения послеоперационной толщины роговичного лоскута от запланированной после FemtoLASIK с использованием фемтосекундного лазера LenSx с помощью оптической когерентной томографии. Запланированная толщина роговичного лоскута во всех случаях составляла 110 мкм, диаметр роговичного лоскута был равен 9,0 мм. На 7-й день после операции толщина роговичного лоскута в центральной части составляла в среднем $123,25 \pm 16,3$ мкм, у края лоскута с височной стороны - $123,8 \pm 15,4$ мкм, с носовой стороны - $125,46 \pm 15,7$ мкм. Среднее значение отклонения послеоперационной толщины роговичного лоскута от запланированной в центральной части лоскута составило $17 \pm 12,2$ мкм. Выявлена статистически значимая разница в запланированной и послеоперационной центральной толщине роговичного лоскута ($p < 0,05$). Рефракционные операции FemtoLASIK дают хорошие клинические результаты: острота зрения после операции составила в среднем $0,76 \pm 0,2$. Использование фемтосекундного лазера LenSx позволяет получить равномерную на всем протяжении толщину лоскута.

Ключевые слова: FemtoLASIK, фемтосекундный лазер, оптическая когерентная томография, толщина роговицы, толщина лоскута роговицы.

G.M. Idrisova, A.A. Aleksandrov, R.G. Mukhametov

RESULTS OF FEMTO LASIK USING FEMTOSECOND LENSX LASER

**Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract. The analysis of the compliance of the planned and postoperative corneal flap thickness after Femto LASIK using femtosecond laser LenSx was performed. Optical coherence tomography was used to measure flap thickness postoperatively. Planned corneal flap thickness and diameter were 110 μ m and 9.0 mm in all cases. One week after surgery, the mean central corneal flap thickness was 123.25 ± 16.3 μ m, the mean temporal flap edge thickness – 123.8 ± 15.4 μ m, the mean nasal flap edge thickness – 125.46 ± 15.7 μ m. The mean deviation between the postoperative and planned corneal flap thicknesses in the central part was 17 ± 12.2 μ m. There was statistically significant difference in the planned and postoperative flap thicknesses ($P < 0.05$). Femto LASIK

provides good functional results: the average visual acuity after surgery was 0.76 ± 0.2 . LenSx femtosecond laser creates the uniform flap thickness.

Key words: Femto LASIK, femtosecond laser, optical coherence tomography, corneal thickness, corneal flap thickness.

Актуальность. В настоящее время LASIK является безопасной и эффективной кераторефракционной операцией для коррекции различных видов аметропий [2,3,5]. Техника проведения операции совершенствуется. Одним из новых направлений является применение фемтосекундного лазера для формирования роговичного лоскута. При его использовании происходит разделение ткани на молекулярном уровне, при этом нарушения архитектуры и биомеханики роговицы минимальны, нет выделения тепла и механического воздействия на окружающие ткани [6,7]. Использование фемтосекундного лазера позволяет формировать роговичный лоскут необходимой, равномерной толщины, что позволяет предупредить риск интра- и послеоперационных осложнений и определяет его преимущество перед механическим микрокератомом. В связи с широким внедрением в офтальмологическую практику фемтосекундного лазера, увеличивается выбор фемтосекундных лазерных систем.

Цель – оценить клинические результаты и отклонение послеоперационной толщины роговичного лоскута от запланированной после FemtoLASIK с использованием фемтосекундного лазера LenSx с помощью оптической когерентной томографии высокого разрешения [1].

Материалы и методы. В исследование были включены 26 человек (48 глаз) с миопией высокой и средней степеней в сочетании с астигматизмом, прооперированных в Центре лазерного восстановления зрения (ЦЛВЗ) «Optimed» г. Уфа за период с декабря 2015 г. по февраль 2016 г. Из них 18 (69,2 %) женщин и 8 (30,8 %) мужчин, средний возраст составил $31,9 \pm 6,49$ лет (от 21 до 47 лет). Всем пациентам был проведен FemtoLASIK в 2 этапа. 1 этап - формирование роговичного лоскута с помощью фемтосекундного лазера Alcon LenSx (США). 2 этап – абляция на эксимерном лазере Nidek EC-500 CX III (Япония). Ножка лоскута формировалась на меридиане 12 часов. Запланированная толщина роговичного лоскута во всех случаях составляла 110 мкм, диаметр роговичного лоскута был равен 9,0 мм. Предоперационное и послеоперационное обследования включали в себя проведение стандартных и специальных диагностических методов обследования: визометрия, периметрия, кератометрия, авторефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, контактная ультразвуковая биометрия и пахиметрия роговицы, эндотелиальная микроскопия. На 7 день после операции с помощью оптического когерентного томографа (ОКТ) Optovue Avanti RTVue XR (США) определяли

послеоперационную центральную толщину роговицы, толщину полученного лоскута в трех точках (в центре и 2 точках у края лоскута с височной и носовой сторон). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2013, IBM SPSS Statistics ver. 22. В работе использовались методы непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни). Статистически значимыми считали различия при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Сферический эквивалент рефракции до операции составил $-5,29 \pm 2,88$ дптр (от $-1,25$ до $-11,75$ дптр), цилиндрический – $-1,32 \pm 1,2$ дптр (от 0 до $-3,75$ дптр), среднее значение некорригированной остроты зрения (НКОЗ) до операции составило $0,066 \pm 0,06$ (от 0,01 до 0,4), корригированной остроты зрения (КОЗ) $0,86 \pm 0,15$ (от 0,5 до 1). Среднее значение толщины роговицы по данным ультразвуковой пахиметрии до операции составило $530,5 \pm 31,5$ мкм. Минимальное и максимальное значения толщины роговицы составили 483 и 609 мкм. Распределение глаз по толщине роговицы, согласно классификации, предложенной Л.И. Балашевичем с соавт. (2005) [4], представлено в табл.1.

Таблица 1

Распределение глаз по толщине роговицы

Толщина роговицы	1 группа (n=48)	
	Абс. ч. глаз	%
Тонкая (481-520 мкм)	21	43,75
Нормальная (521-560 мкм)	17	35,42
Толстая (561-600 мкм)	9	18,75
Ультратолстая (>601 мкм)	1	2,08

К первой неделе после операции сферический эквивалент рефракции составил $-0,37 \pm 0,89$ дптр, цилиндрический — $-0,46 \pm 0,67$ дптр. После операции острота зрения составила в среднем $0,76 \pm 0,2$ (от 0,4 до 1,0). По данным ОКТ среднее значение центральной толщины роговицы составило $439,06 \pm 50,2$ мкм (от 371 до 579 мкм), толщина остаточного ложа роговицы после абляции $313,8 \pm 52,5$ мкм. Толщина роговичного лоскута в центральной части составляет в среднем $123,25 \pm 16,3$ мкм (от 92 до 154 мкм), у края лоскута с височной стороны - $123,8 \pm 15,4$ мкм (от 97 до 154 мкм), с носовой стороны - $125,46 \pm 15,7$ мкм (от 97 до 167 мкм). Среднее значение отклонения послеоперационной толщины роговичного лоскута от запланированной в центральной части лоскута составило $17 \pm 12,2$ мкм (от -18 до 44 мкм), у края лоскута с височной стороны — $16,6 \pm 12,3$ мкм (от -13 до 44 мкм), с носовой стороны — $17,25 \pm 13,6$ мкм (от -13 до 57 мкм). Была выявлена статистически значимая разница в запланированной и послеоперационной центральной толщине лоскута ($p < 0,05$).

Заключение. Рефракционные операции FemtoLASIK дают хорошие клинические результаты, после операции достигается нормальная острота зрения, согласно классификации ВОЗ [8]. Использование фемтосекундного лазера LenSx позволяет получить равномерную на всем протяжении толщину лоскута.

Литература

1. Азнабаев Б. М. Оптическая когерентная томография + ангиография глаза / Б.М. Азнабаев, Т.Р. Мухамадеев, Т.И. Дибаяев. – М.: Август Борг, 2015. – 248
2. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия/ Л.И. Балашевич. – СПб.: МАПО, 2002.– 288 с.
3. Балашевич Л.И. Оптическая когерентная томография роговицы в планировании и оценке результатов операции ЛАЗИК / Л.И. Балашевич, А.Б. Качанов, О.А. Ефимов, С. А. Никулин // Офтальмохирургия – 2009. – № 1.– С. 4-8.
4. Балашевич Л.И. Влияние толщины роговицы на пневмотонометрические показатели внутриглазного давления / Л.И. Балашевич, А.Б. Качанов, Новак Я.Н., Бауэр С.М., Зимин Б.А. // Офтальмохирургия – 2005. – № 1 .– С. 31-33.
5. Колотов М.Г. К вопросу об ответе роговицы при коррекции миопии методом ЛАЗИК / М.Г. Колотов // Офтальмохирургия – 2009. – № 3.– С. 9-11.
6. Куликова И.Л. Роговичная крышка, сформированная фемтосекундным лазером: анализ точности и влияние на абберометрические показатели у гиперметропов / И.Л. Куликова // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2008: Сб. науч. статей ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза». - М., 2008. - С. 14-17.
7. Патева Т.З. IntraLASIK и LASIK в коррекции миопии (сравнительный анализ) / Т.З. Патева, Н.П. Паштаев // Офтальмохирургия - 2010. - № 5. – С. 4-12.
8. Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning WHO, Geneva, WHO/PBL/03.91, 2003. – P. 8-9.

УДК: 616.831-009.11

И.С. Караульщикова, А.Ф. Самигуллина

**ОЦЕНКА ЗРИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Проведён комплексный анализ зрительных нарушений у 162 обучающихся Уфимской коррекционной школы-интернат №13. У подавляющего большинства детей была выявлена офтальмологическая патология с нейрогенным компонентом, сочетающаяся с интеллектуально-мнестическими, речевыми, слуховыми нарушениями на фоне установленного диагноза детский церебральный паралич.

Ключевые слова: зрительные функции, детский церебральный паралич

I.S. Karaulschikova, A.F. Samigullina

**ASSESSMENT OF VISUAL VIOLATIONS AT CHILDREN WITH THE CHILDREN'S
CEREBRAL PALSY**

**Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract: The Comprehensive Analyse of Visual impairment was arranged between 162 students of Ufa orphanage correctional school 13. It was found the vast majority of them has the ophthalmic pathology with neurogenic component, with intellectual disability, verbal aural dysfunction the background of the diagnose of infant cerebral pals.

Key words: visual functions, children's cerebral palsy

Актуальность. Всё больше поднимается проблема защиты людей с ограниченными возможностями здоровья – создаются специализированные школы, интернаты, благотворительные фонды и программы для поддержки людей в трудной жизненной ситуации. Особенно остро этот вопрос стоит в отношении детского населения и оказания им медицинской, правовой и социальной помощи. Детский церебральный паралич (ДЦП) является самой распространенной причиной детской инвалидности. В России отмечается рост заболеваемости ДЦП, так по данным Министерства здравоохранения и социального развития на 2010 год в стране насчитывалось 71 429 детей с ДЦП в возрасте 0-14 лет [7].

Часто у детей с диагнозом ДЦП наряду с нарушениями опорно-двигательного аппарата и нервной системы имеют место и нарушения зрительных функций, но литературные данные

о причинах и механизмах их возникновения немногочисленны [6]. При этом, аномалии рефракции у детей с ДЦП выявляются гораздо чаще, чем у детей без неврологической симптоматики [2]. Зрительные нарушения вызывают у этих детей дополнительные затруднения в познании окружающей действительности, сужают общественные контакты, ограничивают их ориентировку, возможность заниматься многими видами деятельности [1].

Цель исследования: оценить состояние зрительных функций среди учащихся на примере Уфимской коррекционной школы-интернат №13 для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата с диагнозом детский церебральный паралич.

Материалы и методы: Проведён анализ зрительных функций 162 обучающихся Уфимской коррекционной школы-интернат №13 с 1 по 12 классы. Анализ проводился путём выкопировки данных из медицинских карт учащихся, а также данных диспансерных медицинских осмотров. Обследование включало в себя определение остроты, границ поля, характера зрения, определение рефракции, изучалось состояние глазного дна. Неврологический статус пациентов изучался по данным углублённого медицинского осмотра детей и данных индивидуальных планов реабилитации.

Результаты и обсуждения: Из общего числа обследованных детей 58,1% составили мальчики и 41,9% девочки. Распределение детей с 1 по 12 класс представлено на диаграмме (Рис.1.).

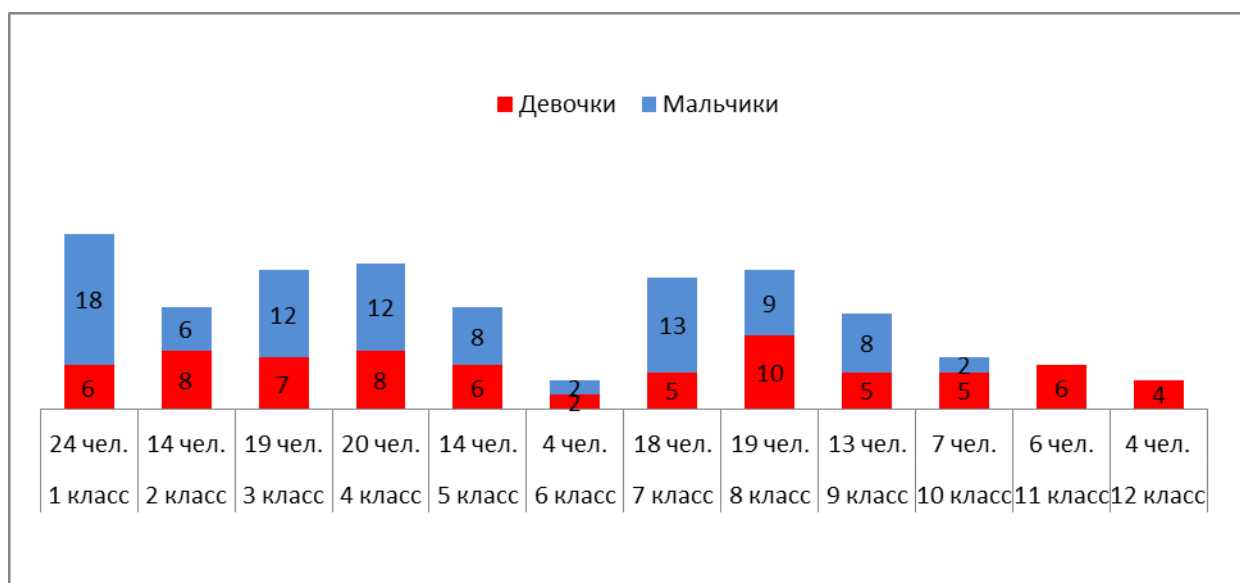


Рис.1. Распределение детей по учебным классам.

Из 162 детей только у 19 (11,7%) не было жалоб на нарушение зрительных функций и при медицинском обследовании не было выявлено нарушений со стороны органа зрения.

Из 143 детей с выявленной офтальмологической патологией у большинства детей наблюдалось содружественное косоглазие различного вида на фоне аномалий рефракции. Меньшую долю занимали нарушения аккомодации, частичная атрофия зрительного нерва

Также встречались единичные случаи нарушения в проводящей системе зрительного анализатора, патология со стороны хрусталика (табл. 1).

Формирование косоглазия при детском церебральном параличе имеет свою патогенетическую обоснованность, поскольку наблюдается проявление недостаточной иннервации глазодвигательных мышц на фоне общих ядерных, фасцикулярных, базилярных (стволовых) нейрогенных нарушений [3]. В нашем исследовании содружественное косоглазие с паретическим компонентом также являлось наиболее частой офтальмологической патологией в качестве первых проявлений различных по этиологии патологических процессов в ЦНС, в том числе и ДЦП.

Таблица 1.

Выявленная офтальмологическая патология

Диагноз	Число детей	
	абс.	%
Сходящееся содружественное косоглазие	45	31,5
Гиперметропия	29	20,3
Расходящееся содружественное косоглазие	22	15,4
Миопия	20	13,9
ЧАЗН	12	8,4
Смешанный астигматизм	10	6,9
Нарушения аккомодации	8	5,6
Другие нарушения	4	2,8

Результаты этого исследования соотносятся с данными исследований других авторов изучавших зрительные нарушения у детей с поражениями головного мозга [4,5].

В данной работе у обследованных детей вместе с офтальмологической патологией наблюдалась и неврологическая симптоматика. Наиболее часто встречалось сочетание зрительных нарушений и ЗПР (задержка психического развития) в 43,6% случаев, а также сочетание зрительных нарушений с различными степенями умственной отсталости (от легкой до тяжелой степени) в 74,6% случаев. У 19 детей, которые не предъявляли жалоб на нарушение зрительных функций, и у которых не было выявлено офтальмологической патологии, при неврологическом обследовании в большинстве случаев выявлялись легкие степени поражения ЦНС, такие как легкие когнитивные нарушения и легкая умственная отсталость в 36,8% случаев соответственно. Необходимо отметить, что у 5 ребят на фоне хороших показателей зрительных функций (Vis 0,8-1,0) имели место ЗПР и умеренная умственная отсталость (табл. 2).

Таблица 2.

Неврологическая симптоматика у детей с наличием и без зрительных нарушений

Неврологический симптомо-комплекс	Дети с выявленными зрительными нарушениями n = 142		Дети без выявленных зрительных нарушений n = 19	
	абс.	%	абс.	%
ЗПР (задержка психического развития)	62	43,6	2	10,5
Легкие когнитивные нарушения	37	26,0	7	36,8
Умственная отсталость легкой степени	50	35,2	7	36,8
Умеренная умственная отсталость	51	35,9	3	15,7
Тяжёлая умственная отсталость	5	3,5	-	-
Общие расстройства психического развития	9	6,3	-	-

Из таблицы видно, что частота нарушения зрительных функций зависит от выраженности неврологической симптоматики. По нашему мнению, такое распределение связано с общими механизмами поражения ЦНС, что подтверждается и литературными данными [5]. Влияние различных повреждающих факторов приводит к поражению головного мозга, в том числе структур проприорецептивного, зрительного и других анализаторов. Это, возможно, и определяет клиническую картину заболевания ДЦП: нарушения опорно-двигательного аппарата и мышечного тонуса, полиморфные зрительные нарушения, сочетание с речевыми, интеллектуальными отклонениями.

Следует отметить, что больные с ДЦП нуждаются в обязательном комплексном обследовании офтальмолога и при необходимости в регулярном лечении. Для этих детей необходима помощь многих специалистов, что бы помочь им адаптироваться и социализироваться в среде и уменьшить степень инвалидизации.

Заключение и выводы:

1) Большую долю патологии органа зрения у детей с ДЦП составляет содружественное косоглазие с паретическим компонентом (46,8%).

2) Частота клинических проявлений зрительных нарушений при ДЦП связана со степенью выраженности неврологической симптоматики, наиболее часто нарушение зрительных функций встречалось у детей с задержкой психического развития (43,6%).

Литература

1. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. Основы специальной психологии. -2-е изд. стер - М.: Издательский центр «Академия», 2005; 103-107 с.
2. Рожко Ю.В. Перинатальные факторы риска развития моторных и сенсорных нарушений у глубококондоношенных детей. Белорусский медицинский журнал, 2005. – N11. 13-16 с.
3. Рыков С.А., Сенякина А.С. Виды косоглазия и их классификация. Научно-практический журнал «Российская детская офтальмология» №2, 2013; 45-52 с.
4. Сальков В.Н., Левченкова В.Д., Лобанова Л.В., Гришина Т.Г., Шейкман О.Г. Нарушения зрения при детском церебральном параличе. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2011. – N4; 8-11 с.
5. Сальков В.Н. Нейроофтальмологические нарушения у детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы. «Детская больница» : научно-практический журнал. – М: ПроМедиа. – 2011; N3; 19-22 с.
6. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Ст-Петербург, Изд-во «Дидактика Плюс» - 2001; 272 с.
7. Исследовано в России [Электронный ресурс]: Статистика ДЦП в России, 2014 – режим доступа к статистике.: <http://www.rosminzdrav.ru/>

УДК 616-001

А.С. Муртазин, Ю.Э. Даминов, Л.Р. Зиннатуллина

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО
ПРОЕКТИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ АРТРОПЛАСТИКИ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. Проведена сравнительная характеристика различных технологий предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава и по данным литературы было установлено что проведение тщательного предоперационного проектирования, способствует оптимальному позиционированию компонентов эндопротеза и улучшает результаты лечения пациентов.

Сравнительный анализ различных методик предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава выявил, что у пациентов после редуционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава предпочтение должно отдаваться 3D-проектированию. В то время как при остеоартрозе тазобедренного сустава с незначительными изменениями анатомии сегмента 2D- и 3D-планирование одинаково эффективны в проектировании оперативного вмешательства.

Ключевые слова: предоперационное проектирование, тазобедренный сустав

A.S. Murtazin, J.E. Daminov, L.R. Zinnatullina, R.R. Jakupov

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF PREOPERATIVE PLANNING
USING DIFFERENT METHODS OF VARIOUS TECHNOLOGIES OF PREOPERATIVE
PLANNING FOR HIP ARTHROPLASTY**

**The Department of Traumatology and Orthopedics with postgraduate course, Bashkir
State Medical University, Ufa**

Abstract. The comparing retrospective study of various technologies of preoperative planning for hip arthroplasty and a literature review have found that the implementation of an accurate preoperative planning promotes optimal positioning for the components of the implant and improves patient outcomes.

The comparative study of various methods of preoperative planning of hip arthroplasty uncovered that the preference of three-dimensional planning should be given to patients with reduction-reconstruction procedures on hip joint. Meanwhile, three-dimensional and two-

dimensional planning are equally effective in surgery design for the patients with osteoarthritis of hip joint with insignificant changes in the anatomy of the section.

Keywords: preoperative planning, hip

Ключевые слова: предоперационное проектирование, тазобедренный сустав.

Актуальность. В мире ежегодно проводится около миллиона тотальных эндопротезирований тазобедренного сустава [3]. Данная операция относится к наиболее объемным и высокотехнологичным вмешательствам ортопедической хирургии [1], поэтому анализ и изучение данного вида высокотехнологической помощи является актуальным вопросом, позволяющим раскрыть многие проблемы в современном эндопротезировании [5,6]. Одним из ключевых факторов, определяющих эффективность операции, является оптимальное позиционирование эндопротеза, что в значительной степени зависит от проведенного предоперационного проектирования [2]. В связи с этим предоперационное проектирование – это важный этап технологии артропластики тазобедренного сустава [4].

Цель работы: выявить наиболее эффективный метод предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава (ТБС) для снижения риска развития интра- и послеоперационных осложнений и, как следствие, повышения качества оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов предоперационного проектирования с применением различных методик и последующих оперативных вмешательств 29 пациентов в клинике травматологии и ортопедии БГМУ, наблюдавшихся с 2010 по 2015 год.

В зависимости от характера проводимых лечебных мероприятий больные были разделены на 2 клинические группы. В первую группу (группа А) вошли 19 человек (65.5%) с остеоартрозом тазобедренного сустава с планированием первичной артропластики, во вторую группу (группа Б) пациентов (34.5%) после редуционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава с планированием артропластики.

Госпитализированные больные были в возрасте от 19 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил 50.7 лет, в группе А 53.3 года и в группе Б 46.14 год. Женщин было 12, а мужчин 17 человек.

У обеих групп предоперационное планирование проводилось с помощью: 2D планирования на кальке, программного комплекса TraumaCad и 3D-планирования на основе стереолитографии с изготовлением объемной модели.

Результаты и обсуждение. В первой группе точность сопоставления обоих компонентов составила 91.6%, как при использовании 2D, так и при использовании 3D проектирования,

таким образом, у пациентов с остеоартрозом тазобедренного сустава достоверных отличий по позиционированию компонентов эндопротеза между 2D- и 3D-проектированием выявлено не было. В то время как, у пациентов второй группы точность сопоставления обоих компонентов составила 42.8% при использовании 2D и 71.4% при использовании 3D проектирования. Таким образом, после редуционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава, позиционирование компонентов эндопротеза было наиболее оптимальным при 3D-проектировании.

Заключение и выводы. Артропластика тазобедренного сустава требует проведения тщательного предоперационного проектирования, что способствует оптимальному позиционированию компонентов эндопротеза и улучшает результаты лечения пациентов.

При остеоартрозе тазобедренного сустава с незначительными изменениями анатомии сегмента 2D- и 3D-планирование одинаково эффективно в проектировании оперативного вмешательства.

Сравнительный анализ различных методик предоперационного проектирования выявил, что у пациентов после редуционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава предпочтение должно отдаваться 3D-проектированию артропластики тазобедренного сустава.

Литература

1. Плахотина Е.Н. Периоперационное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательной системы: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - СПб, 2009. - С. 8-14.
2. Egli S., Pisan M., Mäijller M.E. The value of preoperative planning for total hip arthroplasty. // The Journal of Bone Joint Surgery (British Volume) – 1998 – Vol. 80(3) p.382–390
3. Holzwarth U., Cotogno G. Total hip arthroplasty: State of the art, prospects and challenges. // Institute for Health and Consumer Protection, European Union Joint Research Center - 2012
4. Kosashvili Y, Shasha N, Olschewski E, et al. Digital versus conventional templating techniques in preoperative planning for total hip arthroplasty. // Can. J. Surg. – 2009. - Vol.52(1). – p.6-11.
5. Turgay E., Bilal F.El Z., Thomas J. H., Timmesfeld N., Fuchs-Winkelmann S., Schmitt J. Precision Of Preoperative Digital Templating In Total Hip Arthroplasty. // ActaOrthopædicaBelgica – 2011 - Vol. 77(5) p.616-621.

6. Viceconti M., Lattanzi R., Antonietti B., Paderni S., Olmi R., Sudanese A., Toni A. Ct-based surgical planning software improves the accuracy of total hip replacement preoperative planning. // *Medical Engineering Physics* – 2003 – 25(5) p.371 – 377
7. Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Хаиров Т.Э. и др. / Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при посттравматических поражениях проксимального отдела бедра // *Политравма*, 2015, №4, С. 19-27

УДК 617.741-089.853

Э.М. Рахимова, К.А. Воробьева

**АНАЛИЗ ВРЕМЕНИ МЕЖДУ YAG-ЛАЗЕРНОЙ ДИСЦИЗИЕЙ ЗАДНЕЙ
КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА И ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЕЙ КАТАРАКТЫ**

**Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Проведен ретроспективный анализ зависимости времени между факоэмульсификацией катаракты и YAG-лазерной дисцизией задней капсулы хрусталика от мощности ультразвука, сопутствующей соматической и глазной патологии. Была отмечена связь промежутка времени между операциями с мощностью используемого при факоэмульсификации ультразвука, а также с наличием у пациентов миопии и гипертонической болезни.

Ключевые слова: Факоэмульсификация, вторичная катаракта, YAG-лазерная дисцизия.

E.M. Rakhimova, K.A. Vorobyeva

**ANALYSIS OF TIME BETWEEN YAG-LASER POSTERIOR CAPSULOTOMY AND
CATARACT PHACOEMULSIFICATION**

**Department of ophthalmology with continued postgraduate training, Bashkir state
medical university, Ufa**

Abstract. A retrospective analysis of time between cataract phacoemulsification and YAG-laser posterior capsulotomy of used ultrasound power, concomitant somatic and ocular pathology was carried out. Connection of operations interval with ultrasonic power used in phacoemulsification, and also with the presence in patients of myopia and hypertension were noted.

Keywords. Phacoemulsification, secondary cataract, YAG-laser posterior capsulotomy.

Актуальность: В настоящее время широкое распространение в лечении катаракты получила технология ультразвуковой факоэмульсификации [3]. Успешные результаты данного хирургического вмешательства не исключают появления такого отдаленного осложнения, как вторичная катаракта, основным методом лечения которой является YAG-лазерная дисцизия задней капсулы (ДЗК) [1,5]. Частота встречаемости вторичной катаракты, по данным литературы, достигает 50% и зависит от материала интраокулярной линзы, сопутствующей соматической и глазной патологии, а также от величины передне-задней оси глаза [4,5,6]. Известно, что у миопов данное осложнение встречается чаще, чем у эметропов и гиперметропов [2,4].

Цель исследования: Провести анализ зависимости времени между YAG-лазерной дисцизией задней капсулы хрусталика и факоемульсификацией катаракты (ФЭК) от сопутствующей соматической и глазной патологии, мощности ультразвука.

Материалы и методы: Материалом исследования послужили данные амбулаторных карт 45 пациентов (50 глаз) в возрасте от 23 до 89 лет (средний возраст $65 \pm 2,0$). Всем пациентам в 2015г. была выполнена YAG-лазерная дисцизия вторичной катаракты в Центре лазерного восстановления зрения «Оптимед» г. Уфа, ФЭК была проведена в разное время (2000 – 2015гг.). Учитывалось наличие сопутствующей соматической патологии и патологии органа зрения, мощность ультразвука. Оценка достоверности статистического исследования проводилась по методу Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса, использовалась программа StatPlus v5.

Результаты и обсуждение: При анализе зависимости времени между ДЗК и факоемульсификацией катаракты от наличия гипертонической болезни (ГБ) было отмечено, что у пациентов с данной патологией среднее время между ФЭК и YAG-лазерной дисцизией вторичной катаракты составило 3г 5мес., что оказалось больше, чем у пациентов без ГБ – 2г 5мес. Полученные результаты статистически достоверны ($p < 0,05$).

Исследования показали, что среднее время между ФЭК и ДЗК у миопов оказалось меньше, чем у эметропов (таблица 1). Пациенты с гиперметропией не рассматривались вследствие незначительного их количества. Различие в среднем промежутке времени между операциями у пациентов с эметропией и миопией является статистически значимым ($p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная таблица периодов времени между ФЭК и YAG-лазерной дисцизией задней капсулы у миопов и эметропов

	I группа	
	Время	Глаз
Миопы	2г	16
Эметропы	3г 3мес.	31

Отмечена обратная зависимость времени между ФЭК и YAG-лазерной дисцизией и мощностью применяемого ультразвука: при использовании 30% мощности время между ФЭК и YAG-лазерной дисцизией составило 3г 10мес., 40% - 2г 8мес., 50% - 2г. Полученные результаты статистически значимы ($p < 0,05$).

Заключение и выводы:

Таким образом, среднее время между ФЭК и YAG-лазерной дисцизией задней капсулы хрусталика больше у пациентов с гипертонической болезнью, чем у лиц, не страдающих

данным заболеванием, и меньше у миопов по сравнению с эметропами. Промежуток между ФЭК и ДЗК тем меньше, чем больше мощность используемого ультразвука.

Литература

1. Егорова Е.В., Бетке А.В., Безбородов В.Г. Математическое моделирование в решении проблемы некоторых отдаленных последствий хирургии катаракты // Офтальмохирургия. – 2014. - № 3. – С. 13-18.
2. Зуев В.К., Туманян Э.Р., Сороколетов Г.В., Вещикова В.Н., Узунян Д.Г. Мягкая «реверсная-М» ИОЛ в хирургии катаракты при миопии высокой степени (предварительное сообщение) // Офтальмохирургия. – 2012. - № 3. – С. 26-29.
3. Иванов Д.И., Бардасов Д.Б. Интракапсулярная факофрагментация как способ реабилитации пациентов с обширными дефектами связочного аппарата хрусталика // Офтальмохирургия. – 2012. - № 4. – С. 48-51.
4. Сороколетов Г.В., Зуев В.К., Туманян Э.Р., Бессарабов А.Н., Вещикова В.Н. Частота развития вторичной катаракты в артификачных глазах с современными моделями заднекамерных ИОЛ при осевой миопии // Офтальмохирургия. - 2013. - № 2. - С. 28-31.
5. Фабрикантов О.Л., Шутова С.В., Арясов А.С., Гойдин А.П. Вероятность развития вторичной катаракты после факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ // Офтальмохирургия. - 2015. - №3. - С. 6-12.
6. Чупров А.Д., Щербаков М.А., Демакова Л.В. Задняя лазерная капсулотомия при I степени помутнения задней капсулы хрусталика артификачного глаза // Офтальмохирургия. - 2015. - № 1. - С. 6-11.

УДК 616.713 – 002

Г.Г. Сафутдинова, З.О. Ханнанова
СТРУКТУРА КЕРАТИТОВ ПО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В
ОФТАЛМОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГКБ №10 г.УФА ЗА 2015 г.
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье представлен анализ структуры кератитов по госпитализации в офтальмологическое отделение ГКБ №10 г.Уфа за 2015г. Были проанализированы истории болезни ГКБ №10 г.Уфы за 2015 г., из них 48 составили истории по кератитам. Из них кератопатия – 14 (29%), посттравматический кератит – 5 (11%), герпетический кератит/кератоконъюнктивит – 7 (16%), кератит/кератоконъюнктивит неясной этиологии – 4 (8%), другие кератиты – 18 (36%).

Ключевые слова: кератиты, заболеваемость, распространенность.

G.G. Safutdinova, Z.O.Khannanova
THE STRUCTURE OF THE KERATITIS ON ADMISSION TO THE OPHTHALMIC
BRANCH IN UFA HOSPITAL №10 FOR 2015
Department of Ophthalmology with a course of IPFE, Bashkir State Medical University,
Ufa

Abstract: This article presents an analysis of the structure of keratitis hospitalization in ophthalmology department of City Clinical Hospital №10 of Ufa. We analyzed the medical history of City Clinical Hospital №10 of Ufa, 48 case histories were of keratitis. Of these, keratopathy - 14 (29%), posttraumatic keratitis - 5 (11%), herpetic keratitis / keratoconjunctivitis - 7 (16%), keratitis / keratoconjunctivitis unknown etiology - 4 (8%), other keratitis - 18 (36%).

Keywords: keratitis, incidence, prevalence.

Актуальность: Кератит – воспалительный процесс в роговой оболочке, приводящий к её помутнению и часто сопровождается понижением остроты зрения. Основной признак кератита – помутнение в роговой оболочке вследствие отека и инфильтрации клеточными элементами [3].

По обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения больные с воспалительными заболеваниями органа зрения занимают одно из первых мест. Кератиты составляют около 25 % всей глазной патологии [3], из них вирусной этиологии 25%, посттравматические 20%, язвы роговицы 20% [4]. Воспалительные заболевания роговицы

относятся к тяжелой корнеальной патологии, так как могут приводить к значительному снижению зрения, вплоть до слепоты, а в отдельных случаях и к гибели глаза [2].

Заболевания роговой оболочки полиэтиологичны, имеют многоликую клиническую картину. Согласно классификации А.И.Волокненко, можно выделить: экзогенные кератиты (эрозии роговицы, травматические, грибковые, аллергические, инфекционные кератиты бактериального происхождения, кератиты вызванные заболеваниями конъюнктивы и век), эндогенные кератиты (инфекционные: туберкулезные, сифилитический, герпетические; нейрорепаралитический, авитаминозные), кератиты невыясненной этиологии [1].

Цель исследования: Проанализировать структуру кератитов по госпитализации в офтальмологическое отделение ГКБ №10 г.Уфа за 2015 г.

Материалы и методы: Материалом является истории болезни больных офтальмологического отделения ГКБ №10 г.Уфы за 2015 г. Производилась выкопировка и статистическая обработка данных из истории болезни.

Результаты и обсуждение: Были проанализированы истории болезни по госпитализации в ГКБ №10 г.Уфы за 2015 г., из них 48 составили истории по кератитам. Среди них кератопатия – 14 (29%), посттравматический кератит – 5 (11%), герпетический кератит/кератоконъюнктивит – 7 (16%), кератит/кератоконъюнктивит неясной этиологии – 4 (8%), кератопатия вирусной этиологии – 3 (6%), острый кератопатия – 3 (6%), язвенный кератит неясной этиологии – 2 (4%), хронический кератопатия – 2(4%), краевой кератит – 2(4%), нитчатый кератит – 2(4%), акантамебный кератит – 1 (2%).

Изменение остроты зрения при заболевании кератитами: с 0,7 на 0,9 у 12 (25%); острота зрения не ухудшилась у 14 (29%); с 0,7-0,8 на 0,9 у 6 (14%); с 0,3-0,4 на 0,6-0,8 у 4 (8%); с 0,4 на 0,8 у 3 (6%); с 0,9 на 1,0 у 3 (6%); с 0,7-0,8 на 0,8 у 2 (4%); с 0,03 на 0,1 у 2 (4%); с 0,5-0,6 на 0,9 у 2 (4%).

Число работающих больных кератитами составляет 23 (48%), не работающих 25 (52%). Распределение количества больных кератитами по возрастам: 9 (19%) человек из 20-35 лет, 10 (21%) из 35-50лет, 10 (21%) из 50-65 лет, 14 (29%) из 65-80 лет, 5 (10%) из старше 80 лет.



Рис. 1. Изменение остроты зрения после терапии кератитов в ГКБ №10 г. Уфа за 2015г.

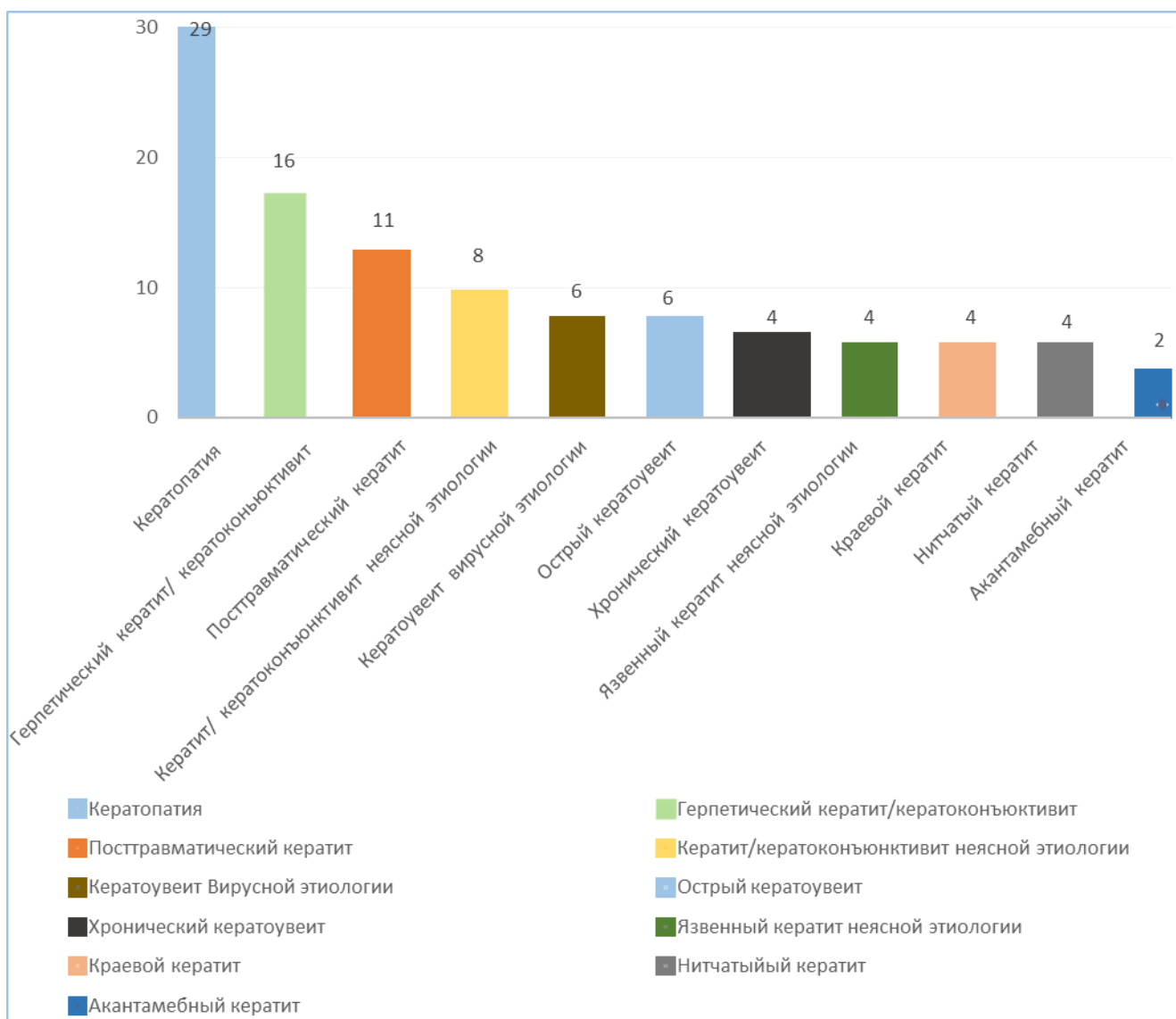


Рис.2. Структура кератитов по госпитализации в ГКБ №10 г. Уфа за 2015г.

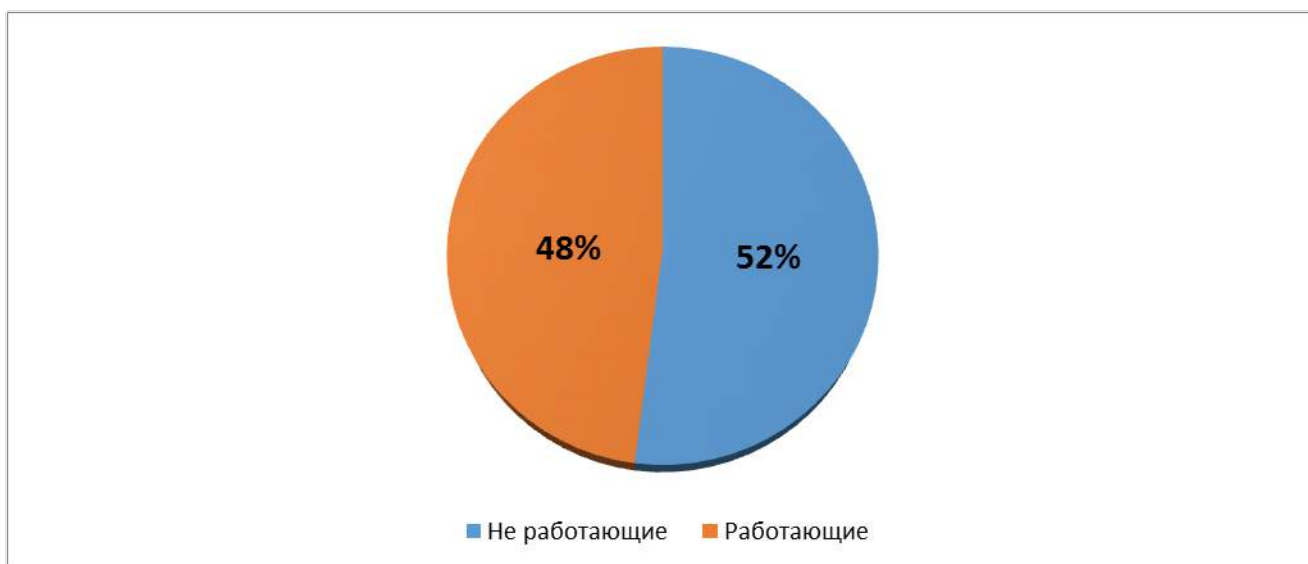


Рис. 3. Процент работающих пациентов проходивших лечение в ГКБ №10 г. Уфа за 2015г

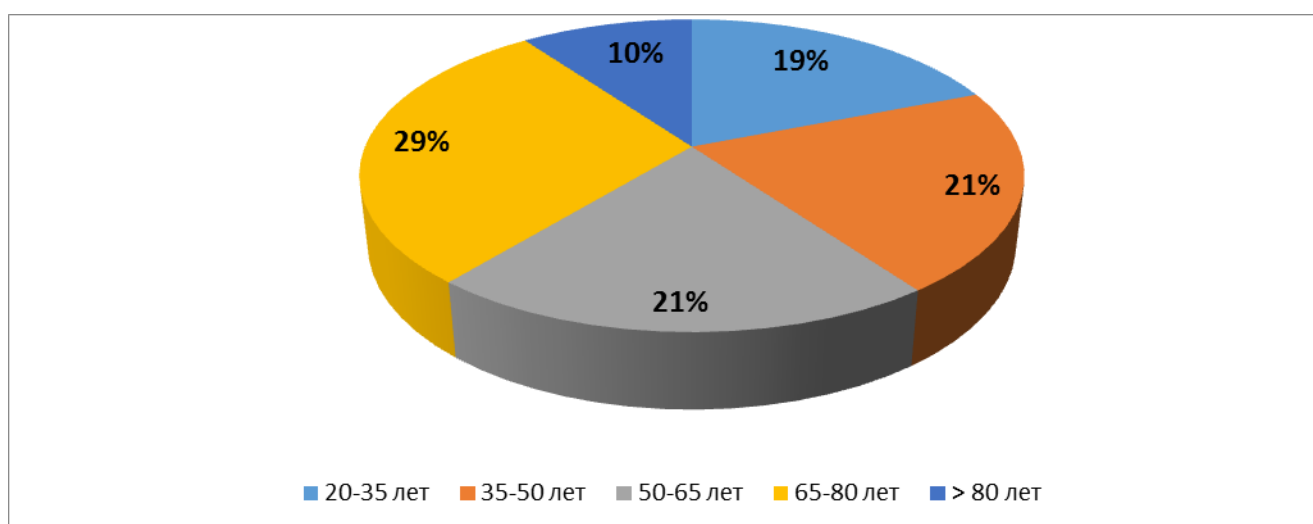


Рис. 4. Структура по возрастам больных кератитами по госпитализации в ГКБ №10 г. Уфа за 2015г.

Заключение и выводы: Анализ полученных данных показал, что из заболеваемости кератитами, кератопатия составляет – 14 (29%), герпетический кератит/кератоконъюнктивит – 7(16%), посттравматический кератит – 5 (11%), кератит/кератоконъюнктивит неясной этиологии – 4 (8%), другие кератиты – 18 (36%). Ухудшение остроты зрения наблюдалось у 79%, после терапии – улучшение 100%. Число работающих больных кератитами составляет 48%, что несет экономический ущерб.

Литература

1. Бездетко П.А., Зубарев С.Ф., Панченко Н.В. Диагностический справочник офтальмолога. – Ростов-на-Дону. Феникс 2006 г. – с.149
2. Масауд Юсеф. Биопокрытие роговицы в лечении больных тяжелыми формами кератитов. Автореферат. – Самара 2009 г. – С.3
3. Полтунова Т.И., Мазунин И.Ю. Синдром красного глаза. Методическое пособие. - Нижний Новгород. НГМА, 2007 г. - С.26
4. Шаршакова М.А. Оптимизация ведения больных с кератитом на основании комплексного изучения фармакоэпидемиологических и фармакодинамических показателей. Автореферат Смоленск 2013.

УДК: 617.581

Т.Э. Таипов

**ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ
ОСТЕОАРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия**

Резюме. Воспалительные процессы тазобедренного сустава достаточно распространенное хроническое деструктивно-дистрофическое заболевание. Прогрессирование деформирующего артроза в течение нескольких лет зачастую приводит к инвалидности. Цель данной работы изучение особенностей гистологического строения капсулы тазобедренного сустава, взаимоотношения кровеносных сосудов и тканевых структур при остеоартрозе. В результате хронического воспаления сустава, наряду с дегенеративными изменениями клеток и межклеточного вещества суставной сумки отмечаются все признаки элементов гипертрофии, а также васкулита со всеми последствиями нарушения функции сустава.

Ключевые слова: гистологическое строение, тазобедренный сустав, остеоартроз.

Т.Е. Таипов

**HISTOLOGICAL STRUCTURE OF THE FEMORAL HEAD OF THE HIP AT
OSTEOARTHRITIS**

**Department of traumatology and orthopedics, Bashkir State Medical University, Ufa,
Russia**

Resume. Inflammation of the hip is the quite common chronic destructive-dystrophic disease. Progression of deforming arthrosis for several years often leads to disability. The purpose of this work to study the histological structure of the femoral head of the hip at osteoarthritis, the relationship of blood vessels and tissue structures at osteoarthritis. As a result of chronic joint inflammation observed all the signs of hypertrophy of the elements, as well as vasculitis with all the consequences of breach of joint function.

Keywords: histological structure, hip, osteoarthritis.

Актуальность. В этой статье представлены результаты исследования гистологических особенностей суставной поверхности головки бедренной кости при остеоартрозе тазобедренного сустава. Подробно описываются морфологические изменения и защитно-приспособительные реакции в суставной поверхности при воспалительном процессе.

Материалы и методы: материалом служили головка бедренной кости, капсула, удаленные при артропластике тазобедренного сустава. Удаленные части суставной сумки размером 0,3 X 0,5 см. и взятые кусочки тканей фиксировали в 10% формалине. После соответствующей гистологической проводки изготовленные срезы толщиной 7 мкм окрашивали гематоксилин – эозином. Всего было исследовано 7 суставов. Количество гистологических препаратов – 120.

Результаты и обсуждение: Одно из самых распространенных заболеваний суставов среди людей старше 40 лет (до 80% лиц старше 65 лет) является остеоартроз [1]. Термином остеоартроз обозначается деструктивно-дистрофический процесс, затрагивающий хрящевую ткань суставных поверхностей, кость и окружающие мягкие ткани. По данным ВОЗ, от остеоартроза страдает около 4% населения земного шара. Ежегодная первичная заболеваемость в Российской Федерации остеоартроза увеличилась более чем на 20%, а количество зарегистрированных больных превышает 2 657 000 [1].

Как известно, в основе патологоанатомических изменений при остеоартрозе лежат прогрессирующие деструктивно-дистрофические изменения всех тканевых структур сустава [2]. Суставная сумка (капсула) диартрозов состоит из внутреннего синовиального слоя и наружного фиброзного [3]. Выстилающие клетки синовиальной оболочки имеют сходство с фибробластоподобными клетками в сочетании с макрофагами, тогда как фиброзный слой представлен плотной соединительной тканью с кровеносными капиллярами и жировыми клетками, расположенными группами различного количества.

Суставная поверхность покрыта гиалиновым хрящом, состоящим из хондроцитов и межклеточного вещества (матрикс). Хрящевые клетки расположены поодиночке или изогенными группами. В нем выделяются три зоны: поверхностную, промежуточную и базальную, однако четкой границы между ними определить трудно. Поверхностная зона, состоящая из бесклеточной пластинки, деформирована и имеет неровную поверхность, местами достигает значительной толщины, тогда как рядом расположенный участок сильно суживается и на шероховатой поверхности хрящевой пластинки определяются белково - полисахаридные комплексы в виде зернышек или нитевидных структур. Между поверхностной и промежуточной зонами располагается значительной толщины базофильная структура, указывающая на обызвествление межклеточного вещества суставного хряща. Промежуточная зона гиалинового хряща сустава образована изогенными группами хрящевых клеток, однако многие хрящевые клетки разрушены, тогда как остальные хондроциты имеют четкую границу, с гомогенным ядром и оксифильной цитоплазмой, территориальный и интертерриториальный матрикс не разграничены (рис. 1). Базальная зона, связывающая суставной хрящ с субхондральной костной тканью, также разграничена

толстой полоской сильно минерализованным межклеточным веществом. Хрящевые клетки, непосредственно прилегающие к базофильной субстанции, оказываются набухшими и разграничены базофильным территориальным матриксом (рис. 2). Губчатое вещество трабекулярной кости, прилегающее к гиалиновому хрящу сустава, также подвергается значительным деструктивно-дегенеративным изменениям гистологических структур. При этом костные пластинки приобретают волнообразный ход, характеризуются менее упорядоченным расположением остецитов в костных лакунах и меньшей степенью минерализации межклеточного вещества, небольшая минерализация определяется в спайных (цементирующих) линиях (рис. 3). Губчатое вещество трабекулярной кости состоит из трехмерной сети трабекул, между ними располагается межтрабекулярное пространство с красным костным мозгом, однако поверхностные участки трабекул приобретают разрыхленную структуру с выростами различной длины и конфигурации на их поверхности. Деструктивно измененные участки трабекулы проявляют базофилию различной толщины и различной плотности (рис. 4). Некоторые гистологические изменения обнаруживаются и в миелоидной ткани, прежде всего с уменьшением объема красного костного мозга увеличивается общее количество жировых клеток со всеми клеточными элементами и межклеточным веществом рыхлой соединительной ткани.

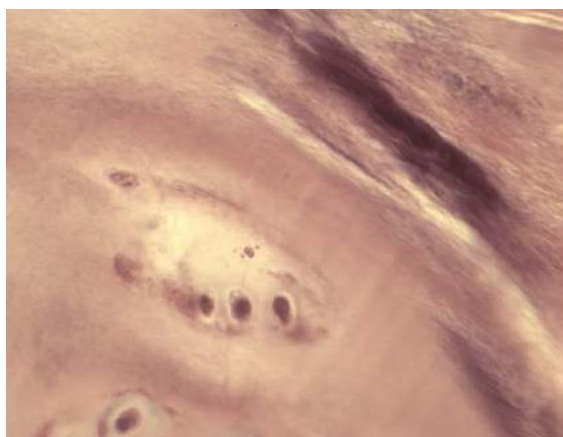


Рис. 1. Базофильная структура и деструктивно-дегенеративные изменения хондроцитов изогенной группы гиалинового хряща при остеоартрозе тазобедренного сустава. Окраска гематоксилин-эозин. Микрофотография. Увеличение X 400

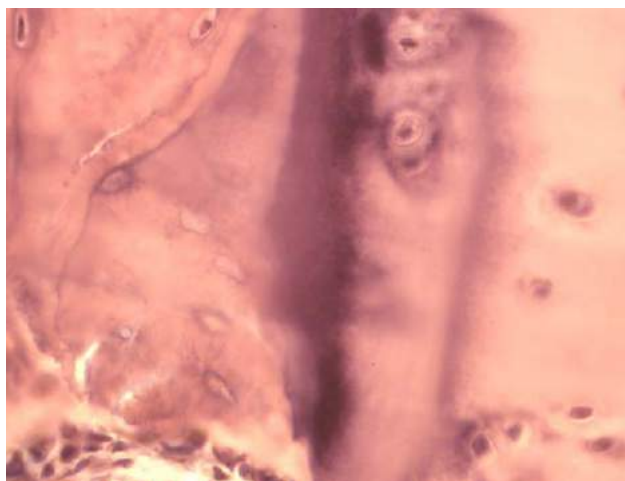


Рис. 2. Повышенная минерализация суставного хряща при остеоартрозе. Окраска гематоксилин-эозин. Микрофотография. Увеличение X 400

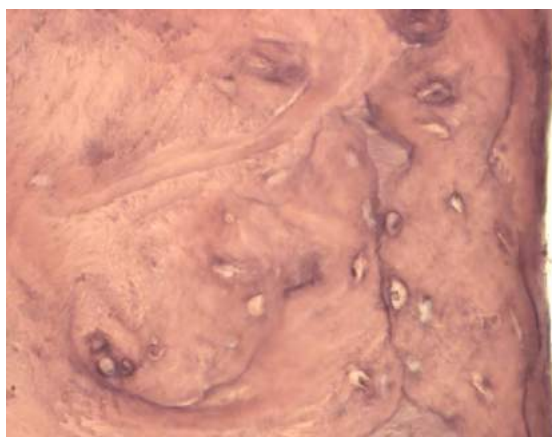


Рис. 3. Нарушение расположения костных пластинок и остецитов между ними при остеоартрозе тазобедренного сустава. Окраска гематоксилин-эозин. Микрофотография. Увеличение X 400

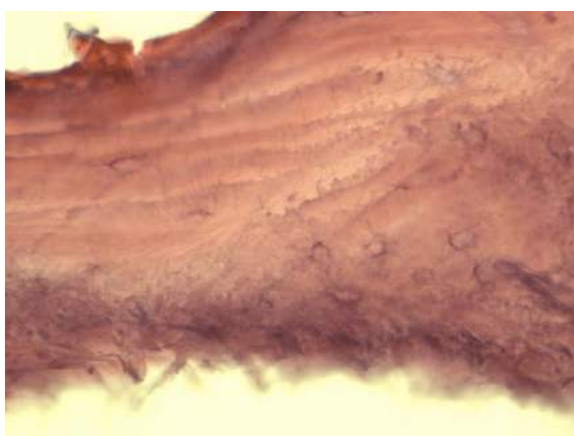


Рис. 4. Деструктивные изменения трабекулы губчатого вещества головки бедренной кости при остеоартрозе. Окраска гематоксилин-эозин. Микрофотография. Увеличение X 400

Заключение и выводы: было выяснено, что при остеоартрозе различного происхождения (инфекционные, метаболические, аутоиммунные) определяется все признаки воспалительного процесса. Защитно-приспособительная реакция при остеоартрозе

проявляется всеми тремя взаимосвязанными и частично перекрывающимися фазами воспалительного процесса суставов, включая фазу альтерации, фазу экссудации и фазу пролиферации. Поскольку патогенный агент не устраняется, воспалительная реакция приобретает хроническое течение. В результате хронического воспаления сустава наряду с дегенеративными изменениями клеток и межклеточного вещества суставной сумки отмечаются все признаки элементов гипертрофии, а также васкулита со всеми последствиями нарушения функции сустава.

Литература

1. Пилипович А.А., Данилов А.Б. Современные подходы к терапии остеоартроза / А.А. Пилипович, А.Б. Данилов // РМЖ – № Спец. – С. 43-47.
2. З.Миронов С.П., Омеляненко Н.П, Семенова Л.А. и др. Структурные изменения суставного хряща при остеоартрозе.// Биомедицинские технологии. -2004.- Т.23.- С.91-105.
3. С. С. Михайлов, А. В. Чукбар, А. Г. Цыбулькин; под ред. Л. Л. Колесникова. Анатомия человека: учебник : в 2 т. - 5-е изд., перераб. и доп. - 2011. - Т. 1. - 704 с.

УДК 616-007-053.1

Л.Ф. Хисамиева, Ю.П.Петрова, Н.В.Афанасьева.

НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ, ПРОБЛЕМЫ НА ПУТИ К ЛЕЧЕНИЮ

**Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: в данной статье определена актуальность проблемы несовершенного остеогенеза. Описаны подходы консервативной, хирургической коррекции данной патологии у детей.

Ключевые слова: заболевания опорно-двигательной системы, несовершенный остеогенез, привычные переломы, бифосфонаты, памидроновая кислота

L.F. Khisamieva, Y.P. Petrova, N.V. Afanasyeva

BRITTLE BONES, PROBLEMS ON THE WAY TO TREATMENT

**Department of traumatology and orthopedics with a course IDPO, Bashkir State
Medical University, Ufa**

Abstract: This article defines urgency of the problem of brittle bones. The approaches of conservative, surgical correction of this disease in children.

Keywords: diseases of the musculoskeletal system, brittle bones, usual fractures, bisphosphonates, pamidronic acid

Актуальность. Несовершенный остеогенез, или ломкость костей, является врожденным пороком костеобразования. Это заболевание всего организма с преимущественным поражением костной ткани и относится к большой группе заболеваний - osteogenesis imperfecta.

Заболевание встречается с частотой 1:10 000 -15 000. По данным Министерства здравоохранения РФ, на конец 2014 года количество пациентов с несовершенным остеогенезом в России составило 392 ребенка.

По данным Республиканской детской клинической больницы, за период с 29.02.2016 по 23.03.2016 было зарегистрировано 12 пациентов с несовершенным остеогенезом.

Были проведены исследования osteogenesis imperfecta по половому признаку и типу наследования у детей в Республике Башкортостан, проходивших лечение в Республиканской детской клинической больнице.

Несовершенный остеогенез по половому признаку n=12

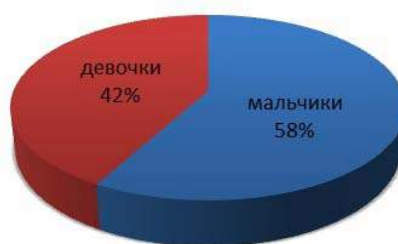


Рис. 1. Распределение пациентов по половому признаку

Несовершенный остеогенез по типу наследования

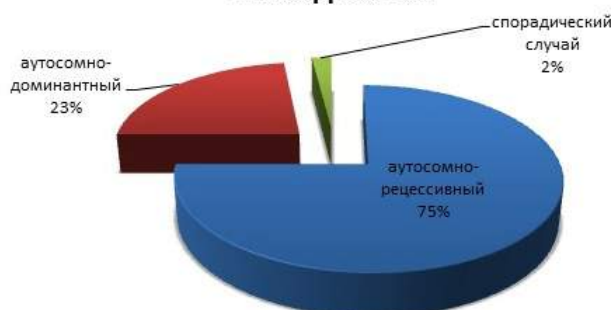


Рис. 2. Распределение пациентов по типу наследования

Клиническая картина несовершенного остеогенеза характеризуется в основном множественными переломами длинных трубчатых костей, что в дальнейшем приводит к искривлению конечностей и прогрессированию мышечной атрофии.

Необходимо отметить, что у таких больных имеется клиническая особенность - наличие голубых склер и «янтарных зубов», а также выраженная деформация конечностей.

После рождения ребенка переломы костей возникают от разных причин- пеленание или перекармливание ребенка, при попытке сесть встать на ножки, во время выполнения массажа. Переломы у больных с несовершенным остеогенезом сопровождаются классическими признаками: болезненность, припухлость, крепитация отломков; консолидация незначительно ускорена. Поскольку полностью вылечить несовершенный остеогенез невозможно, лечение его направлено на:

1. минимизацию числа переломов
2. хирургическое исправление деформаций
3. увеличение костной массы
4. снижение хрупкости костей
5. уменьшение болей и обеспечение подвижности ребенка

Несовершенный остеогенез — это болезнь, при которой наблюдается высокая скорость ремоделирования костной ткани, поэтому необходимо использовать препараты, которые ее снижают. К последним относят бифосфонаты, восстанавливающие нормальный баланс между остеобластопосредованным синтезом и остеокластопосредованной резорбцией костной ткани.

Цель работы: оценить эффективность применения препаратов из группы бифосфонатов при коррекции клинических проявлений несовершенного остеогенеза у детей.

Материалы и методы:

Лекарственные препараты типа бифосфонатов представляют собой мощные ингибиторы резорбции кости (вещество, предотвращающее разрушение костной ткани). Применяются для лечения постменопаузального остеопороза, болезни Педжета, злокачественных новообразований. Проблема состоит в том, что препараты группы бифосфонатов показаны для лечения остеопороза у лиц старше 18 лет.

Следует отметить, что для лечения детей с несовершенным остеогенезом из обширной группы бифосфонатов в детском возрасте может быть применена, согласно протоколам, только памидроновая кислота, обладающая самым минимальным уровнем активности (рис.3). Также многие препараты кальция, применяемые вместе с бифосфанатами, могут быть разрешены к применению только с 14-18 летнего возраста.

Оперативное лечение.

В случаях тяжелого течения больных с множественными переломами, одним из основных методов является, в том числе и превентивное, оперативное лечение-интрамедулярный остеосинтез трубчатых костей, а также корригирующие остеотомии по показаниям.

Результаты и обсуждение. В детском возрасте ограничен выбор препаратов из группы бифосфонатов, разрешенным препаратом является Памидроновая кислота, но из отрицательных ее свойств - относительно низкая активность и наличие побочных эффектов, таких как: гипокальциемия, почечная недостаточность, артралгии, миалгии, оссалгии.

Есть еще одна сложность, которая косвенно влияет на состояние дел с диагностикой и лечением – отсутствие «профильного» специалиста. Пациенты с костной патологией не прикреплены к какому-то одному конкретному профилю медицинской помощи. На сегодняшний день в Республиканской детской клинической больнице г.Уфы, дети с несовершенным остеогенезом находятся на лечении в кардиоревматологическом отделении.

Химическая субстанция	Торговое название	Относительная активность	Лекарственная форма, дозы, пути введения
Препараты I поколения			
Этидронат	Ксидифон	1	20 % р-р по 50, 100, 250 мл во флаконах - per os
Клодронат	Бонефос Клобир	10	Капс. по 0,4 г; 100 шт. 6 % р-р по 5 мл в амп. – в/в
Препараты II поколения (аминобисфосфонаты)			
Памидронат	Аредиа Помегара Памиред Памидронат	100	Концентрат для инъекций во флаконах по 0,015 г; 0,03; 0,06 и 0,09 г – в/в
Алендронат	Фосамакс Теванат Фороза Алендрос 70	1 000	Таб. по 0,01 г; 28 шт.
Препараты III поколения			
Ибандронат	Бонвива Бондронат	1 000	Таб. по 0,0025 г 0,01 % р-р по 1 мл в амп. – в/в
Ризедронат	Актонель Ризартева Ризедрос	2 000	Таб. по 0,005 или 0,035 г; 28 шт.
Золедронат	Зомета Акласта	10 000	Р-р по 5 мг/100 мл для инф. – в/в Лиофилизат по 4 мг/5 мл для инф. – в/в

Рис. 3. Уровень активности бисфосфонатов

Заключение и выводы. На сегодняшний день среди пациентов с несовершенным остеогенезом в Республике Башкортостан установлено незначительное преобладание лиц мужского пола и преимущественно аутосомно-рецессивный тип наследования заболевания.

Из оперативных методов лечения несовершенного остеогенеза основным считается интрамедуллярный и накостный остеосинтез трубчатых костей (в том числе и превентивный остеосинтез - до возникновения перелома) и корригирующие остеотомии имеющихся деформаций.

Вопрос о консервативной терапии требует дальнейшего исследования, в связи с перечисленными нюансами: окончательно не выявлен профиль врача, низкая активность памидроновой кислоты, наличие побочных эффектов, отсутствие возможности выбора препаратов из группы бисфосфонатов.

Литература

1. Минасов Б.Ш., Полторацкая Т.В., Зиганшин И.Н. Заболевания и врожденные пороки развития опорно-двигательной системы у детей- Уфа: Издательство Медиа Группа «Здоровье», 2010.-С.272.
2. Жарков П.Л. Нарушение формирования (дисплазии) опорно-двигательной системы в повседневной практике врача.- М.: Издательский дом Видар-М,2012.- С.312.

3. Хирургическая коррекция клинических проявлений несовершенного остеогенеза с применением материалов из никелида титана. Сибирский медицинский журнал, 2011, №7, 127-129с.
4. В.В. Поворознюк , Е.Я. Гречанина , Н.И.Балацкая, В.М.Вайда. Несовершенный остеогенез: патогенез, классификация, клиническая картина, лечение. «Ортопедия, травматология и протезирование» 2009, № 4. С.110–117.
5. Руководство по остеопорозу . Под ред. Л.И.Беневоленской "Бином". 2003. – С.524.

УДК 616.717.43-089

Г.И. Чалык

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

**Кафедры травматологии и ортопедии, АО «Медицинский университет Астана» г.
Астана, Республика Казахстан**

Резюме: В результате экспериментального исследования установлено, что разрушающая сила при растяжении моделей переломов, синтезированная новым устройством («Устройство для накостного остеосинтеза» авторское свидетельство РК №42528), превышает показатели моделей переломов, фиксированных T-образной пластиной в 2,5 раза, спицей и проволокой - в 1,7 раза. Достоверность разницы между показателями $p < 0,01$. Данные, полученные в ходе экспериментального исследования достоверно свидетельствуют о целесообразности использования нового устройства в клинической практике для остеосинтеза переломов проксимального отдела плечевой кости.

Ключевые слова: плечевая кость, перелом, эксперимент, фиксатор, стабильность.

G.I. Chalk

**EXPERIMENTAL SUBSTANTIATION OF OSTEOSYNTHESIS FRACTURES IN
THE PROXIMAL HUMERUS**

**Department of Traumatology and Orthopedics, JSC "Astana Medical University",
Astana, Republic of Kazakhstan**

Abstract. As a result of the pilot study found that the breaking strength of the tensile fracture patterns, synthesizing the new device ("Device for osteosynthesis" inventor's certificate RK №42528) exceeds the fracture models fixed T-plate 2.5 times, needle and wire - 1.7 times. The reliability of the difference between the indices of $p < 0.01$. Data from the pilot study reliably indicate the practicability of a new device usage in clinical practice for osteosynthesis of fractures in the proximal humerus.

Key words: humerus fracture experiment, lock, stability.

Актуальность. Переломы и перелома-вывихи проксимального отдела плечевой кости (ПОПК) относятся к числу частых и сложных травм плечевого пояса. По данным литературных источников переломы ПОПК составляют 4-5% от всех переломов костей скелета [4,5,12,13], а по некоторым данным – до 9,3% [1,2,10,11].

При лечении переломов плечевой кости, как известно, применяется очень много имплантатов [16,17]. Используемые в настоящее время металлоконструкции не всегда обеспечивают стабильный синтез и возможность ранних движений в плечевом суставе. [15]. Поэтому дальнейшая разработка методов остеосинтеза перелома плечевой кости в травматологии остается актуальной проблемой.

Изучение прочностных свойств конструкции «кость-фиксатор» является основой развития и совершенствования методов остеосинтеза [9]. Исследователи, занимающиеся проблемой переломов плечевой кости, для обоснования состоятельности остеосинтеза применяют экспериментальный метод [3,8,6]. Стабильность остеосинтеза изучается на моделях переломов плечевой кости, используется нативная кость, взятая в ближайшие сроки после смерти, без воздействия каких-либо факторов.

Цель исследования: изучение в эксперименте прочностных характеристик системы «кость-фиксатор» в условиях остеосинтеза переломов проксимального отдела плечевой кости известными фиксаторами и конструкцией клиники.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проводились в соответствии с существующим законодательством Республики Казахстан на 22 нативных плечевых костях, изъятые у 12 невостребованных, нефиксированных и нескрытых трупов лиц, в возрасте 48-66 лет, умерших от острой патологии сердечно-сосудистой системы или насильственной смерти. Соотношение мужчин и женщин 4:5 (трупный материалы взяты из городского бюро судебно-медицинской экспертизы г. Астана).

Стендовые исследования проводились на испытательной машине «ВМТ-20» для изучения характеристик прочности биологических материалов. В ходе проведения исследования на основании классификации С.S.Neer (1970г.) [14] создавали экспериментальные модели следующих переломов проксимального отдела плечевой кости: двух, трех, четырехфрагментные переломы. Исследования прочностных характеристики системы «кость-фиксатор» трех и четырехфрагментных переломов было обусловлено увеличением количества подобных переломов в последнее время у лиц трудоспособного возраста, в результате высокоэнергетической травмы.

После этого производили остеосинтез экспериментальных моделей переломов различными фиксаторами. Для остеосинтеза переломов были применены следующие фиксаторы: LSP-пластина, T и L-образными пластины, спица и проволока, конструкции клиники. Образцы моделей переломов объединили в 4 групп, в зависимости от используемого фиксатора для остеосинтеза. 1 группу образцов фиксировали LSP-пластиной, 2 группу - T и L-образными пластинами АО, 3 группу - спицами и проволокой, 4 группу -

конструкцией клиники («Устройство для накостного остеосинтеза» авторское свидетельство РК №42528»).

На стенде регистрировались следующие показатели:

1. Характер сопротивления моделей переломов нагрузки на растяжение.
2. Продолжительность сопротивления моделей переломов.
3. Характер разрушения системы «кость-фиксатор».

На испытательной машине каждая группа образцы фиксировались в зажимах в вертикальном положении. Образцы моделей закрепляли в зажимах испытательной машины следующим образом: проксимальный и дистальные отделы плечевой кости помещали в крепежное устройство, фиксировали болтами на разных уровнях, что обеспечивает прочную фиксацию объекта.

Результаты исследования регистрировались на компьютере, в виде цифровых диаграмм. Деформация испытуемого образца отслеживалась автоматически и фиксировалась графически в системе координат, где $y - F$ (сила) и $x - L$ (деформация) представлены на рисунке. Оценку результата прекращали после появления начальных признаков разрушения, что графически подтверждалось прекращением роста графика. После разрушения экспериментальные модели вновь выполняли рентгенографию образцов модели в двух проекциях. На каждую модель заполняли карту-протокол, включающую основные данные модели перелома, график и данные рентгенологического исследования. Результаты исследования прочностных характеристик системы «кость-фиксатор» в условиях остеосинтеза переломов проксимального отдела плечевой кости, известными фиксаторами и конструкциями клиники заносили в таблицу.

Обсуждение и результаты. Первая серия испытания. Мы исследовали стабильность модели двухфрагментных переломов ПОПК по классификации C.S.Neer (1970г.), синтезированные спицами и проволокой. До начала испытания модели подвергли рентгенографию в двух стандартных проекциях. Затем образцы фиксировали в захватах испытательной машины в вертикальном положении (Рис. 1).

В ходе эксперимента мы изучали «продольную жесткость остеосинтеза» в режиме растяжения до разрушения системы «кость – фиксатор» (Рис.1). После окончания испытания снова выполнили рентгенографию образцов в двух проекциях (Рис. 2).

Кривая зависимости стабильности остеосинтеза спицей и проволокой модели двухфрагментного перелома ПОПК от времени воздействия в режиме растяжения представлена на рисунке 3.

По результатам исследования видим, что в режиме растяжения образца при скорости растяжения 5 мм/мин система «кость-фиксатор» оставалась стабильной до 8 секунд.

Нарушение стабильности системы наблюдалось на 8 секунде испытания. Сопротивление на растяжение образцов модели со спицами и проволокой составила 380Н (38 кг). По кривой сопротивления видим, что система дальше продолжает ступенеобразно терять стабильность.

Вторая серия испытания. Во второй серии испытания мы провели исследования стабильности модели трех, четырехфрагментных переломов ПОПК по классификации C.S.Neer (1970г.), синтезированные LSP- пластиной. Рентгенографию образцов выполняли в двух стандартных проекциях до начала испытания (Рис.4). Затем образцы также фиксировали в зажимах испытательной машины в вертикальном положении и подвергли растяжению до разрушения системы «кость – фиксатор» (Рис.5, а). После окончания испытания модели переломов выполнили рентгенограммы в двух проекциях (Рис.5, б).

Кривая зависимости стабильности остесинтеза LSP-пластиной модели четырехфрагментного перелома ПОПК от времени воздействия в режиме растяжения представлен на рисунке 6.

Во время испытания в режиме растяжения образца при скорости растяжения 5 мм/мин система «кость-фиксатор» оставалась стабильной до 12,5 секунд. Анализируя кривой сопротивления на растяжение образца модели следует отметить, что в течении всего периода воздействия силы растяжения система «кость-фиксатор» стабильно сохраняет жесткость и в начале 13 секунды наступает потеря стабильности системы. Нарушение стабильности системы наблюдается на 13 секунде испытания. Сопротивление на растяжение образцов модели с LSP-пластиной составила 626Н (62,6 кг). По кривой сопротивления видим, что система дальше продолжает терять стабильность.

Третья серия испытания. Исследования стабильность модели трех, четырехфрагментных переломов ПОПК, фиксированные Т- и L - образными пластинами провели в третьей серии испытания. Рентгенографию образцов выполняли в двух стандартных проекциях до начала испытания (Рис. 7). Образцы также фиксировали в вертикальном положении в захватах испытательной машины. Затем образцы подвергли растяжению до разрушения системы «кость - фиксатор» (рис.8 а,б). После окончания испытания выполнили рентгенографии в двух проекциях (Рис.8 в).

Результаты исследований стабильности остесинтеза Т-образной пластиной модели четырехфрагментного перелома ПОПК в режиме растяжения представлены на рисунке 9.

Анализ кривой сопротивления на растяжение модели перелома показал, что в течении всего периода растяжения при скорости растяжения 5 мм/мин система «кость-фиксатор» стабильно сохраняет жесткость и в начале 5,4 секунды появляются первые признаки потери стабильности системы. Сопротивление на растяжение модели с Т-образной пластиной составила 440 Н (44 кг). (5,4 сек).

Четвертая серия испытания. Модели трех, четырехфрагментных переломов ПОПК фиксированы конструкцией клиники. Рентгенографию выполняли в двух стандартных проекциях до растяжения моделей переломов плечевой кости (рис. 10). Образцы также фиксировали в вертикальном положении в захватах испытательной машины. Затем образцы фиксировали в испытательной машине, подвергли растяжению до разрушения системы «кость – фиксатор». После окончания испытания модели переломов снова подвергли рентгенограммам (рис. 11).

Результаты исследований стабильности остесинтеза конструкций клиники №1 модели четырехфрагментного перелома ПОПК в режиме растяжения представлены на рисунке 12.

Анализ кривой сопротивления на растяжение модели выявил, что в процессе испытания при скорости растяжения 5 мм/мин система «кость-фиксатор» постоянно стабильно сохраняет жесткость до 14сек, после чего появляются начальные признаки нарушения стабильности системы. Сопротивление на растяжение модели с конструкцией клиники №1 составила 620Н (62 кг).

Таким образом наибольшее сопротивление на растяжение оказали образцы биоматериалов (модели переломов), синтезированные новым устройством клиники и пластиной LSP, при этом показатели жесткости составили 620Н и 626Н соответственно. По времени наиболее продолжительное сопротивление нагрузки показали образцы с конструкцией клиники (14 сек) и с LSP-пластиной (13 сек), которые значительно превосходили показатели образцов с Т-образной пластиной (5,4 сек), спицей и проволокой (8 сек) до 2,5 раза. При оценке характера разрушения системы «кость-фиксатор», на диаграммах наблюдалось медленное падение напряжения во всех образцах с фиксаторами.

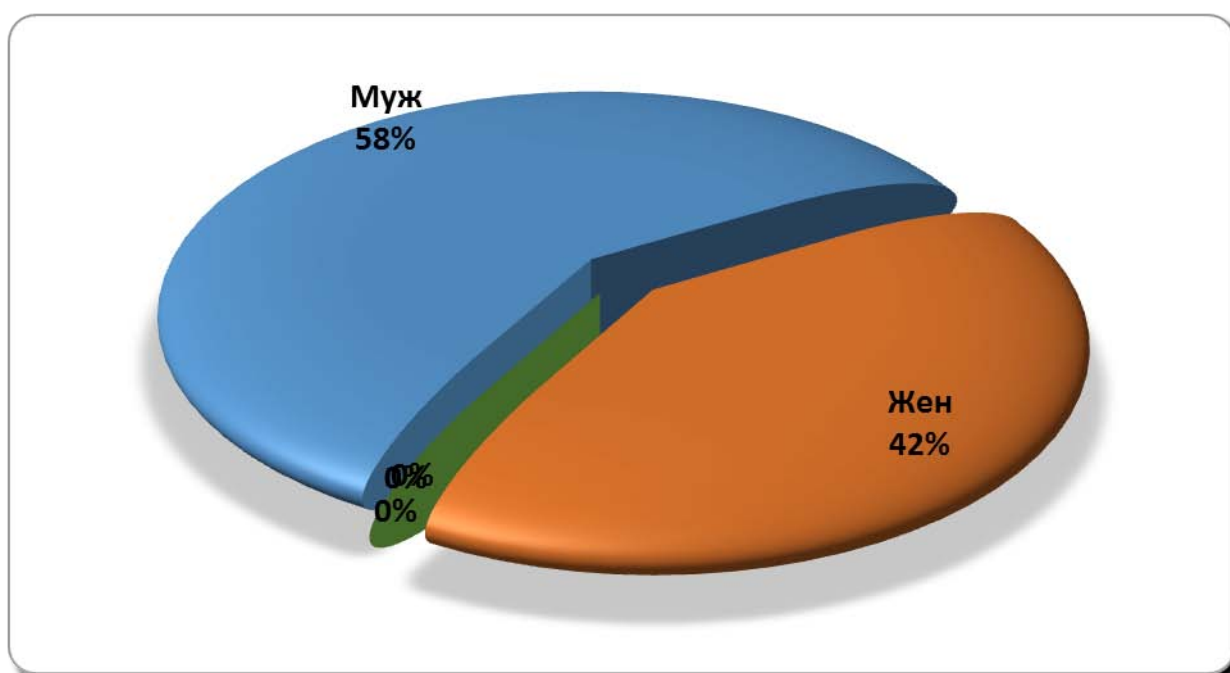


Диаграмма. Распределение больных по полу (n= 12)

Заключение и выводы: разрушающая сила при растяжении моделей переломов, синтезированная новым устройством превышает показатели моделей переломов, фиксированных Т-образной пластиной в 2,5 раза, спицей и проволокой - в 1,7 р ва. Достоверность разницы между показателями $p < 0,01$;

данные, полученные в ходе экспериментального исследования достоверно свидетельствуют о целесообразности использования нового устройства в клинической практике для остеосинтеза переломов проксимального отдела плечевой кости.

Приложения №1

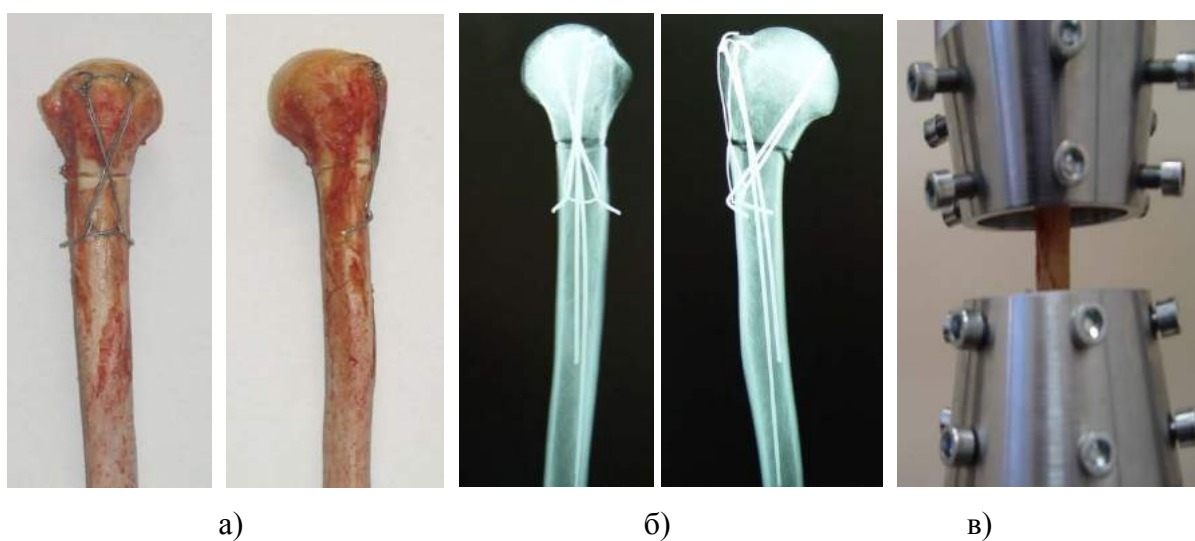


Рисунок 1 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели двухфрагментного перелома ПОПК со спицами и проволокой: а – модель до исследования; б – фоторентгенограмма модели до исследования; в – модель в процессе исследования

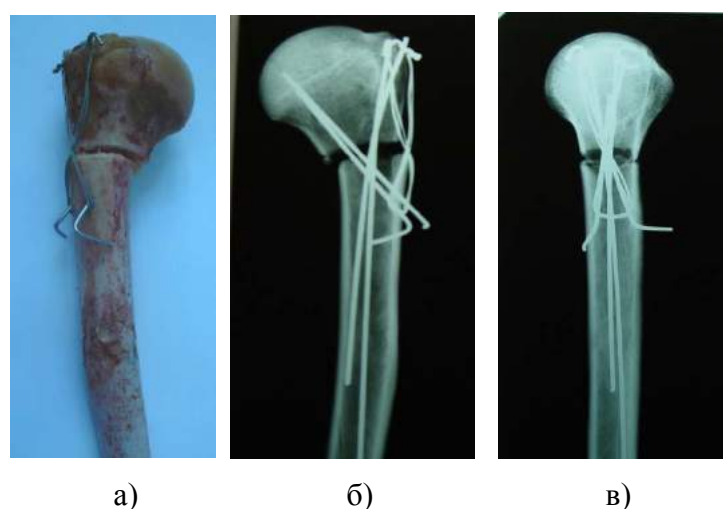


Рисунок 2 – Внешний вид модели двухфрагментного перелома ПОПК со спицами и проволокой: а – модель после исследования; б, в – фоторентгенограммы модели после исследования

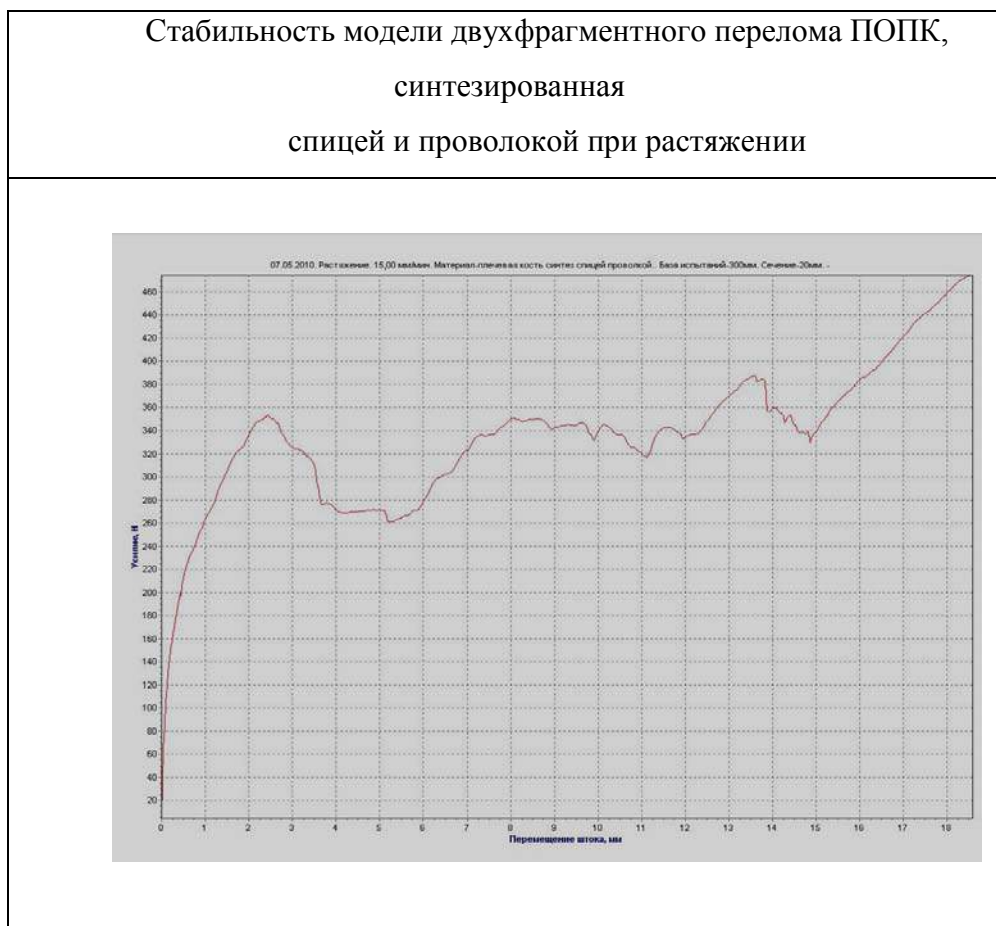


Рисунок 3. Кривая зависимости стабильности остесинтеза спицей и проволокой модели двухфрагментного перелома ПОПК от времени воздействия в режиме растяжения.

Дата испытания 07.05.2010

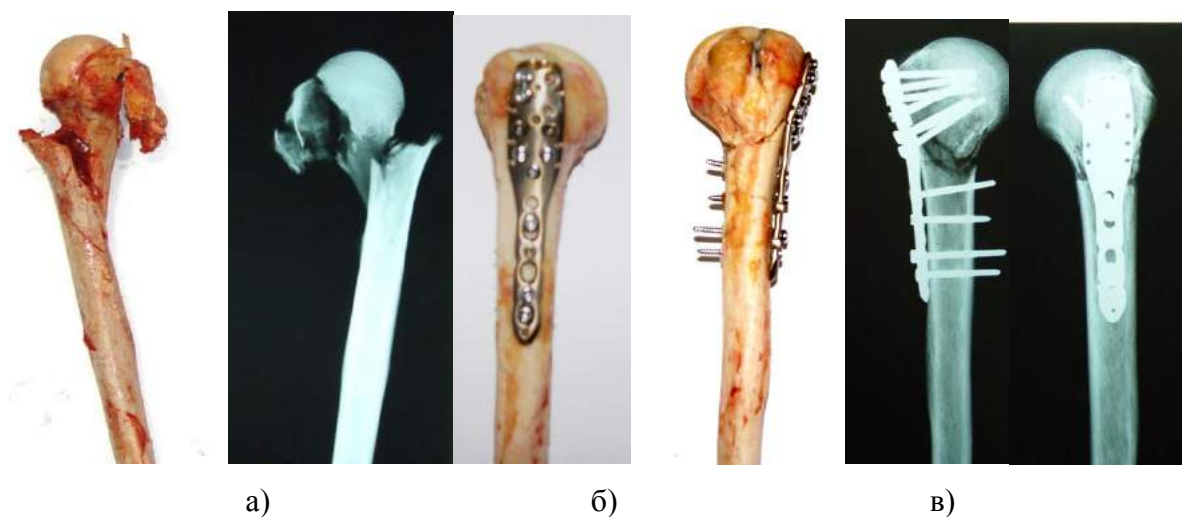


Рисунок 4 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели четырехфрагментного перелома ПОПК с LSP-пластиной: а – модель и фоторентгенограмма модели до синтеза; б – модель после синтеза LSP-пластиной до испытания; в – фоторентгенограмма модели а с LSP-пластиной до испытания

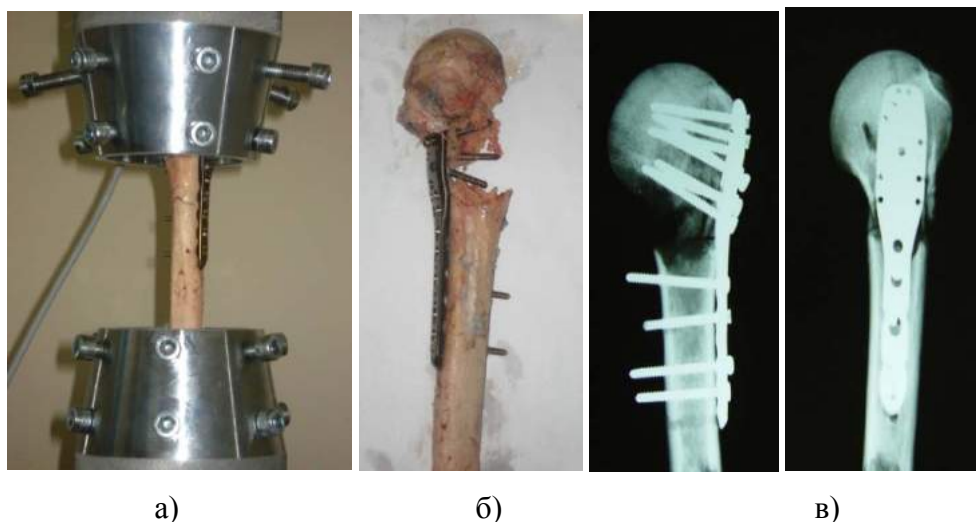


Рисунок 5 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели четырехфрагментного перелома ПОПК с LSP-пластиной: а – модель в процессе исследования; б – модель после исследования; в – фоторентгенограмма модели после исследования

Стабильность модели четырехфрагментного перелома ПОПК, синтезированная LSP-пластиной

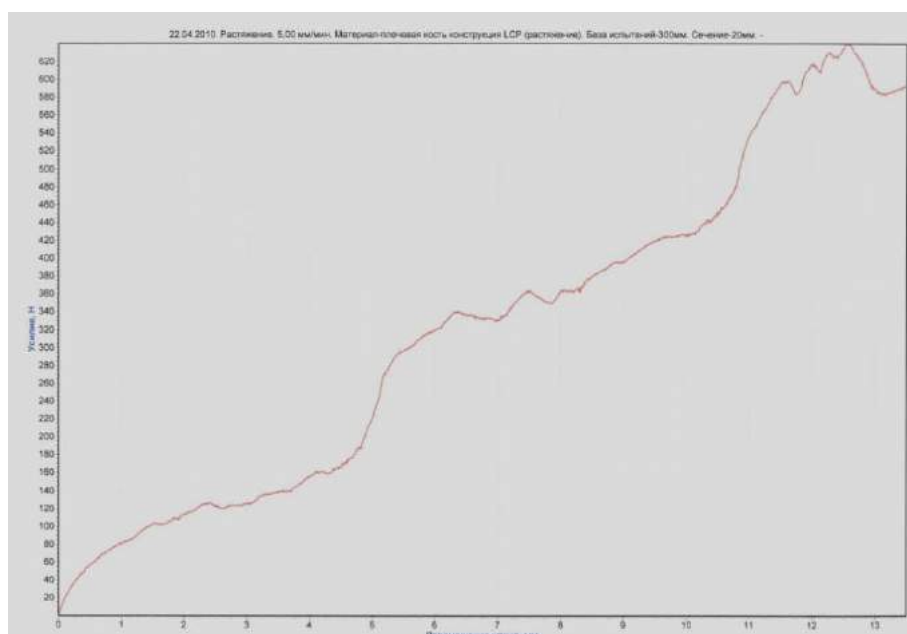


Рисунок 6. Кривая зависимости стабильности остеосинтеза LSP-пластиной модели четырехфрагментного перелома ПОПК от времени воздействия в режиме растяжения. Дата испытания 22.04.2010

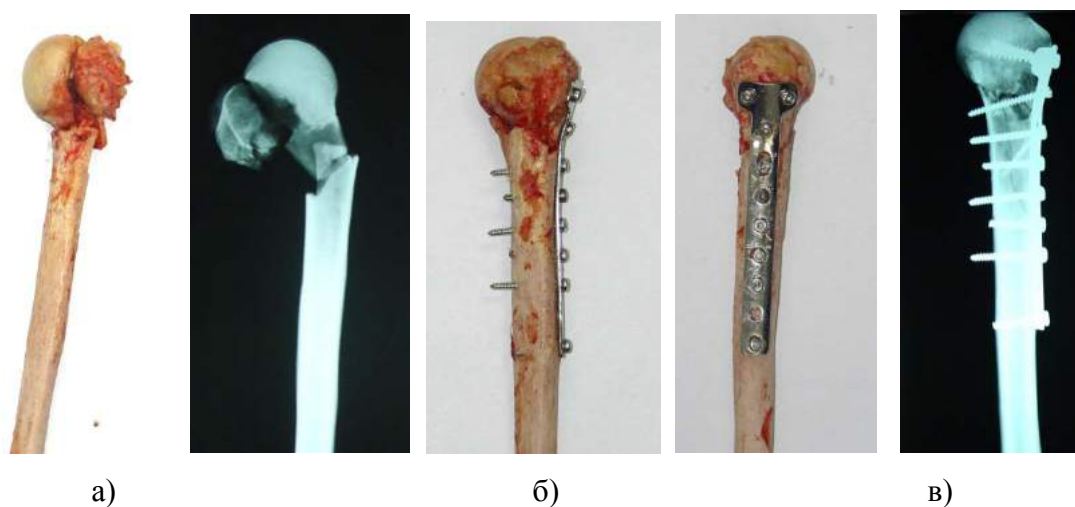


Рисунок 7 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели четырехфрагментного перелома ПОПК с Т-образной пластиной: а – модель и фоторентгенограмма модели до синтеза; б – модель после синтеза Т-образной пластиной до исследования; в – фоторентгенограмма модели с Т-образной до испытания

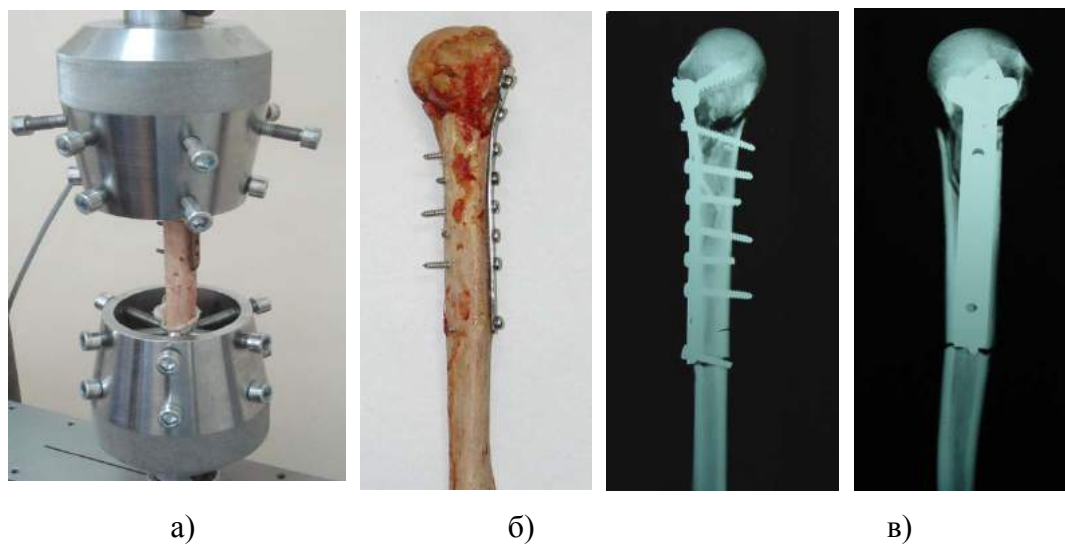


Рисунок 8 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели четырехфрагментного перелома ПОПК с Т-образной пластиной: а – модель в процессе исследования; б – модель после исследования; б – фоторентгенограмма модели после исследования

Стабильность модели четырехфрагментного перелома ПОПК,
синтезированная Т-образной пластиной

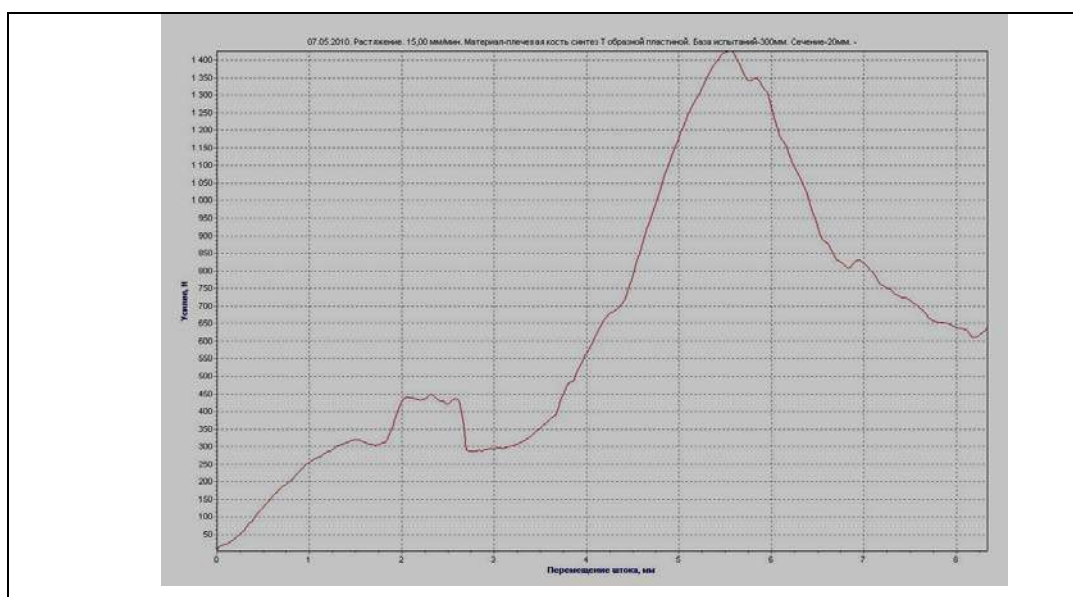


Рисунок 9. Кривая зависимости стабильности остеосинтеза T-образной пластиной модели четырехфрагментного перелома ПОПК от времени воздействия в режиме растяжения. Дата испытания 7.05.2010

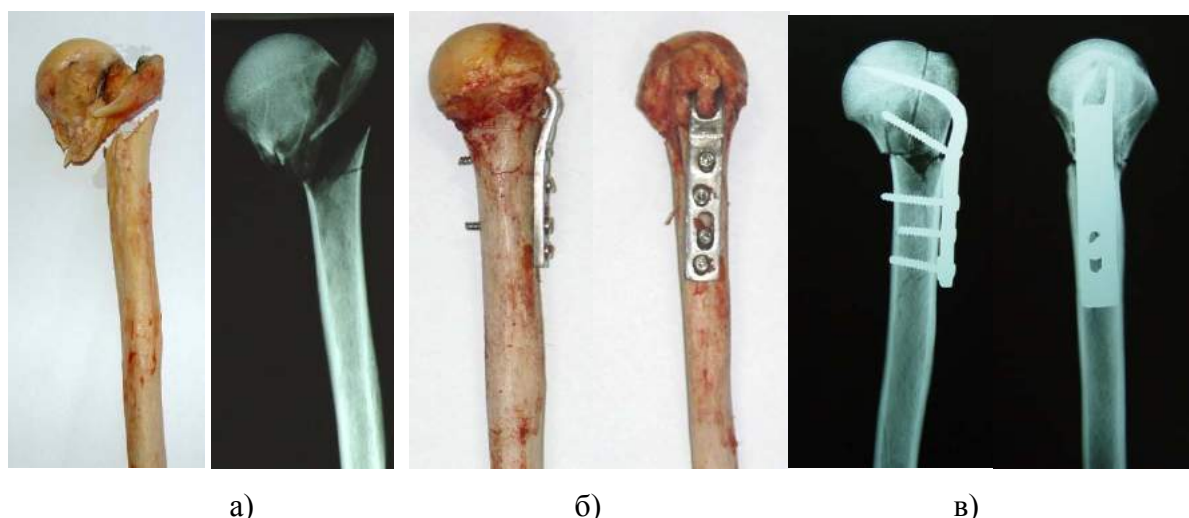


Рисунок 10 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели четырехфрагментного перелома ПОПК с конструкцией клинки №2: а – модель и фоторентгенограмма модели до синтеза; б, в – модель и фоторентгенограмма модели после синтеза конструкцией клинки №2 до начала исследования

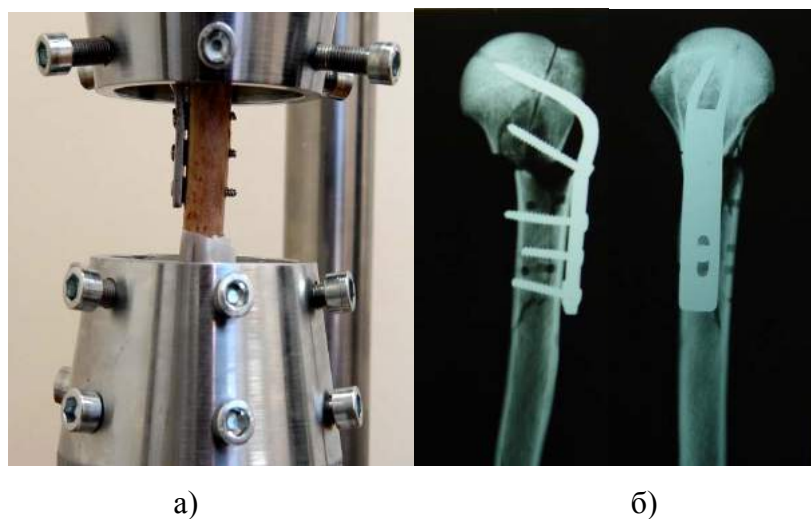


Рисунок 11 – Внешний вид и фоторентгенограмма модели четырехфрагментного перелома ПОПК с конструкцией клиники №2: а – модель с конструкцией клиники №2 в процессе исследования; б - фоторентгенограмма модели после исследования



Рисунок 12. Кривая зависимости стабильности остесинтеза конструкцией клиники №2 модели четырехфрагментного перелома ПОПК от времени воздействия в режиме растяжения. Дата испытания 7.05.2010

Литература

1. Городниченко А.И., Минаев А.Н. Хирургическое лечение околосуставных переломов проксимального отдела плечевой кости // Тез. докл. Всероссийской научно-практической конференции, посвященной памяти Лауреата Государственной премии СССР, Заслуженного изобретателя РСФСР, профессора К. М. Сиваша. – М., 2005. – С. 103-104.
2. Котельников Г.П. Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием в лечении диафизарных переломов / Г.П. Котельников, И.И. Лосев, С.В. Ардатов и др. // лечение сочетанных травм и повреждений конечностей: тез.докл. Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной юбилею кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ. – Москва, 2008. – С.42.
3. Котенко В.В., Гюнтер В.Э., Витюгов Б.И. Экспериментальное обоснование компрессионного остеосинтеза при переломах хирургической шейки плечевой кости фиксатором с термомеханической памятью // Ортопед. травматол.– 1987. - №2. - С. 24-27.
4. Лазарев А.Ф., Солод Э.И. Остеосинтез при переломах шейки плечевой кости у больных пожилого возраста // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2003-№ 3. – С. 57-61.
5. Макарова С.И. Лечение переломов проксимального отдела плечевой кости: автореф. дис. . канд. мед. наук. Нижний Новгород. - 2007. – 19 с.
6. Родичкин В.А., Грабовой А.Ф. Биомеханика остеосинтеза переломов хирургической шейки плечевой кости.-Рига, 1986. - Т.3. - С. 612-616.
7. Соломин Л.Н. Биомеханические основы модульной трансформации аппаратов для чрескостного остеосинтеза длинных костей / Л.Н Соломин, В.А. Назаров П.И Бегун // Травматология и ортопедия России – 2005 -№4 – С.39-47.
8. Шаргородский В.С., Веклич В.В. Экспериментальное исследование надежности системы «кость-фиксатор» // Медицинская биомеханика. – Рига, 1986. - Т.3. – С. 638-644.
9. Brooks C.H., Revell W.J., Heatley F.W. Vascularity of the humeral head after proximal humeral fractures. An anatomical cadaver study // J. Bone Joint. Surg. Br. – 1993. - Vol. 75, №1. - P. 132-136.
10. Hoffman R., Khodadadayan C. // Zbl. Chir. – 1998. – Vol.123. - P. 1232-1238.
11. Kwon K.B., Goertzen J.D., O`Brine J.P. et.ai. Biomechanical evaluation of proximal humeral fracture fixation supplemented with zalcium phosphate cement// J.Bone jt Surg.(Am). – 2002-vol.84-A. №6-P.951-960.
12. Lind T., Kroner K., Jensen J. // The epidemiology of fractures of the proximal humerus // Arch..Orthop.Trauma.Sung . - 2004.-Vol.108, №5-P.285-287.

13. Machani B., Sinopidis C., Browson P., Papadopoulos P., Gibson J., Frostick S.P. Mid term results of PlantTan plate in the treatment of proximal humeral fractures // *Irj. Course.Lect.* – 2006. – Vol. 50 – P. 340-3350.
14. Neer C.S., Watson K.C., Stanton F.J. Recent experience in total shoulder replacement // *J. Bone Joint Surg. (Am)*. – 1982. – Vol. 64-A. № 3/ - P/329-337.
15. Sporer S.M., Weinstein J.N., Koval K.J. The geographic incidens and treatment variation of common fractures of elderly patients // *J.Am.Acad.Orthop.Surg.* – 2006.-Vol.14.N.4.- P.246-255.
16. Wanner G.A., Wanner-Schmid E., Romero J. Internal fixation of displaced proximal humeral fractures with two one-third tubular plates // *J. Trauma*. 2003. –Vol. 54.-P. 536-544.
17. Wiggman A.J., Roolker W., Patt T. W., Raaymakers E. L., Marti R. K. Open reduction and internal fixation of three and four-part fractures of the proximal part of the humerus // *J. Bone Joint Surg. (Am)*. 2002. – Vol. 84-A. - P. 1919 - 1925.

УДК 616.62-006

В.В. Кудряшов, А.А. Измайлов, Р.Р. Гарипов, А.С. Сивков,

А.А. Махмутьянова, В.А. Прокофьева

**РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ-ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Кафедра урологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Проанализированы ранние послеоперационные осложнения и пятилетняя выживаемость 164 пациентов после радикальной цистэктомии по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря в Клинике БГМУ. В статье указаны основные виды ранних и поздних послеоперационных осложнений. Проанализирована общая 5-летняя выживаемость оперированных пациентов.

Ключевые слова. рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, Клиника БГМУ.

V.V. Kudryashov, A.A. Izmailov, R.R. Garipov, A.S. Sivkov,

A.A. Mahmutyanova, V. A. Prokofieva

**RADICAL CYSTECTOMY: GOLD STANDART OF TREATMENT FOR BLADDER
CANCER**

Department of Urology with postgraduate course, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. Early postoperative complications were analyzed and five-year survival rate of 164 patients after radical cystectomy for muscle-invasive bladder cancer at the Clinic BSMU . The article shows the main types of early and late postoperative complications . We analyzed the overall 5 - year survival rate of operated patients

Keywords. bladder cancer, radical cystectomy, BSMU Clinic.

Актуальность: рак мочевого пузыря (РМП) во всем мире имеет тенденции к росту и занимает девятое место среди всех злокачественных новообразований и значительно чаще встречается у мужчин, чем у женщин [1]. В европейских странах в год выявляется около 380 000 тысяч случаев заболевания РМП, 20-25% пациентов умрут [2]. Причиной развития РМП в Европе, по мнению большинства авторов, являются промышленные поллютанты-ароматические амины, полициклические углеводороды и другие химические соединения [3-5].

В России на долю РМП в структуре онкологической заболеваемости приходится 4,5%, это 5,85 случаев на 100 000 населения[3]. На I-II стадии выявлено 71,3% пациентов (10 лет

назад-53,2%), на IV стадии 9,6%, что свидетельствует об улучшении качества диагностики РМП[3].

В Республике Башкортостан на учете состоит 2168 больных, из них более 5 лет 56,5%. Впервые выявлено в 2014 году 298 больных, из них на IV стадий диагностировалось 14,5%. 82,5% больных пролечено хирургическим путем, 17,5%-комбинированным методом лечения.[6]

В настоящее время золотым стандартом лечения инвазивного рака мочевого пузыря (ИРМП) является цистэктомия, способствующая снижению смертности. Задержка операции при прямых показаниях более чем на 90 дней приводит к повышению частоты развития отделенных метастазов[7]. Применение в лечении ИРМП радикальной цистэктомии привело к снижению летальности за последние 30 лет с 20% на 2%, уровня серьезных осложнений на 2/3[7]. Показаниями для выполнения цистэктомии являются: ИРМП T2-T4a, N0-Nx, M0, поверхностные опухоли высокого риска, рецидивные опухоли, рак *in situ*, резистентный к БЦЖ-терапии, T1G3 опухоли, распространенная папиллярная опухоль, не поддающаяся ТУР-контролю и внутривезикулярной терапии, тотальное и субтотальное поражение мочевого пузыря (микроцистис, НМП), паллиативная цистэктомия (рецидивирующая макрогематурия, боли, сформировавшийся свищ)[7].

Цель исследования: оценить эффективность оперативного лечения у пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии за 2011-2015гг. в Клинике БГМУ.

Методы и материалы: материалом исследования явились архивные данные 164 пациентов мужского пола отделения урологии Клиники БГМУ, которым было выполнено радикальная цистэктомия в периоде с 2011-2015гг. Средний возраст пациентов составил $68 \pm 7,8$. Диагноз РМП устанавливался на основании рентгенологических, эндоскопических, клинических методов исследования с обязательной морфологической верификацией. Распространённость опухолевого процесса определяли в соответствии с Международной классификацией злокачественных новообразований TNM (7-е издание, 2009г.). Первая стадия опухолевого процесса диагностировался - у 133 пациентов, II-IV стадия-31. Проводился опрос 70 пациентов получивших лечение в Клинике БГМУ с 2011-по 2015гг по поводу злокачественных новообразований мочевого пузыря. Статистический анализ полученных результатов выполнялся с использованием программного обеспечения MS Excel.

Результаты: в Клинике БГМУ за 2011-2015гг. было выполнено 164 радикальных цистэктомии, на долю радикальную цистэктомию по Штудеру приходится 35(19%), а на радикальную цистэктомию по Бриккеру 133-(81%). (Таблица №1)

Таблица 1

Количество радикальных цистэктомии в Клинике БГМУ за 2011-2015гг.

	2011	2012	2013	2014	2015
Радикальная цистэктомия (Штудер)	6	7	7	4	7
Радикальная цистэктомия (Бриккер)	13	15	25	36	44

В структуре ранних послеоперационных осложнениях преобладают динамическая кишечная непроходимость(19-11,6%), эвентрация(11-6,7%), нагноение раны(7-4,2%).(Таблица №2)

Таблица 2

Структура ранних послеоперационных осложнений при радикальной цистэктомии

Виды осложнений	Количество осложнений (n=164)
Несостоятельность уретероцистоанастомоза	2 (1,2%)
Динамическая кишечная непроходимость	19 (11,6%)
Несостоятельность энтероэнтероанастомоза	2 (1,2%)
Эвентрация	11 (6,7%)
Нагноение раны	7 (4,2%)
Острый пиелонефрит	5 (3,0%)
Всего	46 (28,0%)

Из опрошенных 70 пациентов живы 58 (82%), умерло 12(18%) (Таблица №3). Из них 48 (80%) пациентов с I стадий опухолевого процесса, 10 (20%) пациентов со II-III стадией. Адьювантную химиотерапию получают 9 пациентов, что составляет 15% от общего числа живых пациентов.

Таблица 3

Статистика выживаемости пациентов после радикальной цистэктомии за 2011-2015гг.

	Живы после операции	Умерло после операции

N0	48	7
N1-3	10	5
Всего	58	12

Заключения и выводы: в результате проведенных исследований обнаружено, что после радикальной цистэктомии пятилетняя выживаемость составляет 82% (Рисунок 1), из них 15% пациентов получают адъювантную химиотерапию. В структуре послеоперационных осложнений преобладают динамическая кишечная непроходимость, эвентрация, нагноение раны (Рисунок 2).

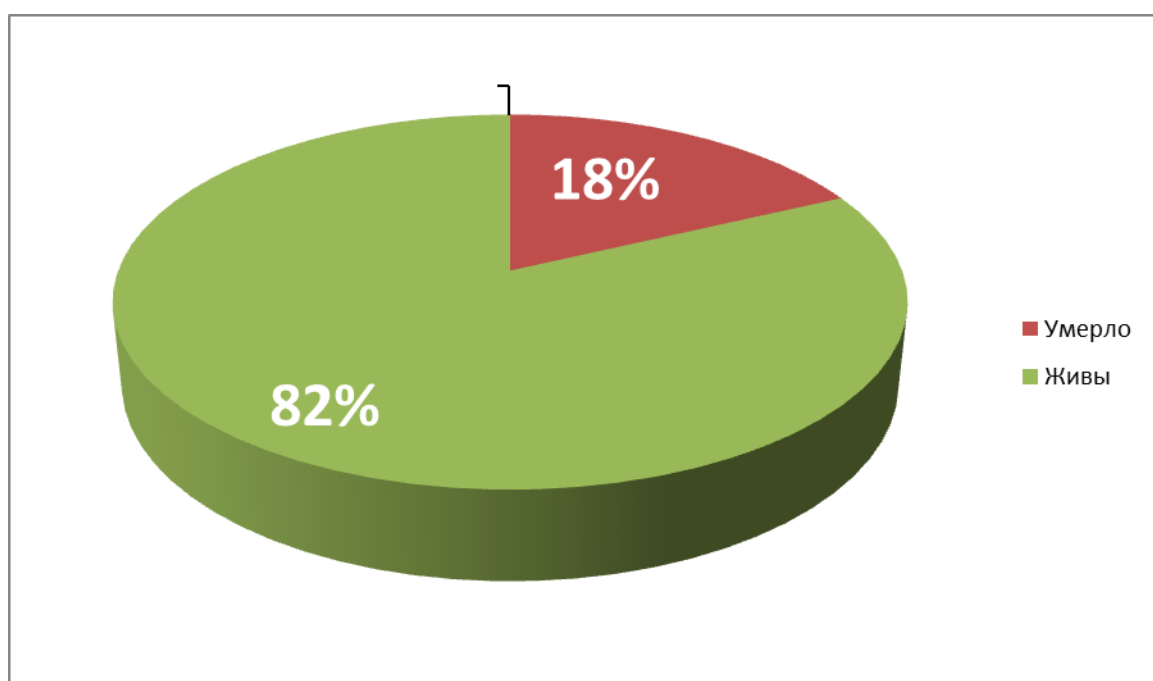


Рис. 1. Пятилетняя выживаемость пациентов после радикальной цистэктомии

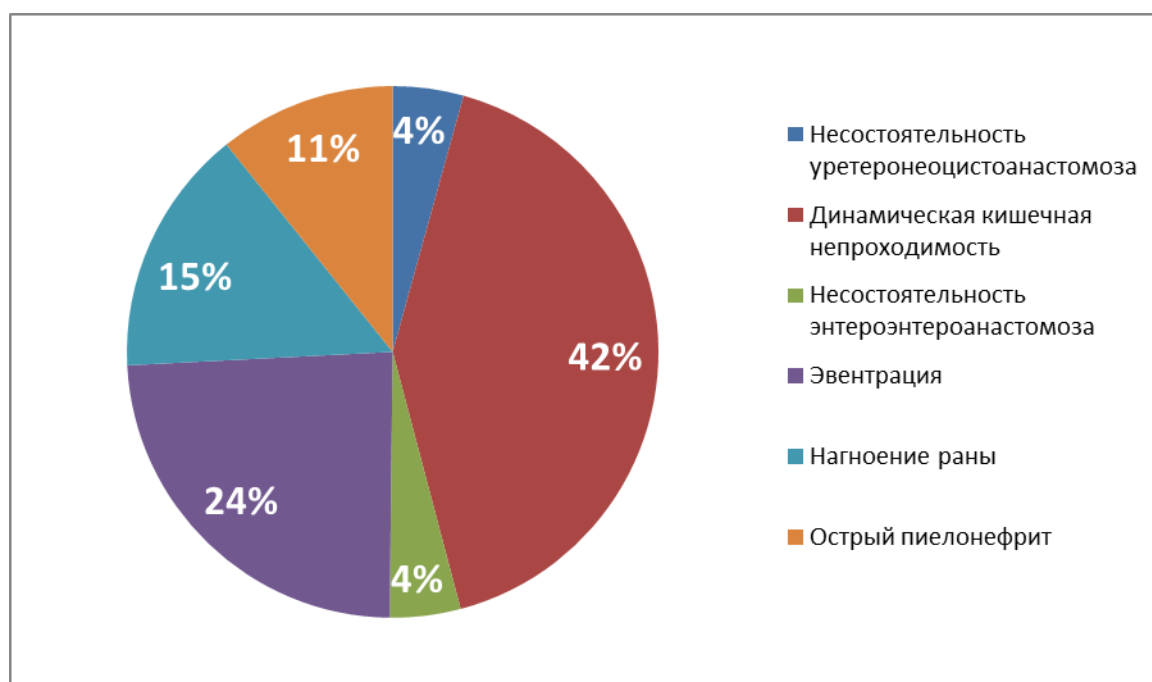


Рис. 2. Структура ранних послеоперационных осложнений

Таким образом, радикальная цистэктомия является золотым стандартом лечения злокачественных новообразований мочевого пузыря, давая шанс сегодняшним тяжелым пациентам на возвращение к нормальной жизни завтра.

Литература

1. Cohen S. M. Role of urinary physiology and chemistry in bladder carcinogenesis / S. M. Cohen // Food & Chemical Toxicol — 1995. — Vol.33. — P. 715 – 730.
2. European Cancer Observatory [Electronic resource]: <http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-20-bladder.html>. — Date of access: 25.06.201
3. Guidelines of European Association of Urology, 2015
4. Mannetje A. Occupation and bladder cancer in European women / A. Mannetje [et.al.] // Cancer Cause and Control — 1999. — Vol. 10 — 13 — P. 209–217.
5. Mostafa M.H. Relationship between Schistosomiasis and Bladder Cancer / M.H. Mostafa, Sheweita A.S., O'Connor J. P. // Clinical Microbiology Reviews. — 1999. — Vol.12, No.1. — P. 97–111
6. Scelo G. The epidemiology of bladder and kidney cancer / G. Scelo, P. Brennan // Nat. Clin. Pract. Urol. — 2007 — Vol. 4 — P. 205–217
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. Под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой 2015 год

УДК 616.65

**А.С. Сивков, Р.Р. Гарипов, В.А. Прокофьева, В.В. Кудряшов, А.А. Измайлов,
ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ
БАШКОРТОСТАН: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Кафедра урологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа

Резюме: В статье рассматриваются основные аспекты оказания хирургической помощи населению Республики Башкортостан с диагнозом рак предстательной железы, приводятся данные о ранних и поздних послеоперационных осложнениях, качестве жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: Рак предстательной железы, радикальная простатэктомия, хирургическая помощь

**A.S. Sivkov, R.R. Garipov, V.A. Prokofieva, V.V. Kudryashov, A.A. Izmailov
TREATMENT OF PROSTATE CANCER IN THE REPUBLIC OF
BASHKORTOSTAN : RESULTS OF SURGICAL CARE TO THE POPULATION**

Department of Urology with postgraduate course, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article discusses the main aspects of surgical care to the population of the Republic of Bashkortostan with a diagnosis of prostate cancer, shows the early and late postoperative complications, quality of life of patients in the postoperative period

Keywords: prostate cancer, radical prostatectomy, surgical care

Актуальность:

В структуре онкологической заболеваемости ряда стран рак предстательной железы (РПЖ) занимает 2- 3-е места. Заболеваемость РПЖ продолжает неуклонно расти. В мире ежегодно выявляется около 550 тыс. новых случаев и приблизительно 200 тыс. мужчин умирает каждый год от РПЖ [1,2]. Ежегодный прирост заболеваемости рака предстательной железы в России превышает 8%, второе место в структуре онкозаболеваний у мужчин (12,9%). Поздняя диагностика и неадекватное лечение являются причинами высоких показателей одногодичной летальности больных в течение года с момента установления диагноза, который в некоторых регионах России достигает 45% (в среднем по РФ – 9,7%) [3,4].

Исторически сложилось, что при лечении пациентов с онкологическим заболеванием одной из ведущих составляющей являлась длительная выживаемость, что обеспечивалось проведением тех или иных лечебных мероприятий. На сегодняшний день все больше

внимания уделяется качеству жизни больных, перенесших радикальное лечение, в том числе и рака предстательной железы. Благодаря определенным успехам, достигнутым в лечении этого заболевания, многие пациенты живут в течение многих лет после установления диагноза. У данных больных даже незначительные изменения качества жизни (как позитивные, так и негативные) могут приводить к серьезным изменениям психоэмоционального состояния и самооценки. Соответственно, индекс качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов, страдающих раком предстательной железы, может быть столь же важен, как и выживаемость. Поэтому при выборе методов лечения при различных стадиях РПЖ в расчет следует принимать не только продолжительность, но и качество жизни [5,6].

Цель исследования:

Найти способы повысить эффективность радикального хирургического лечения пациентов с раком предстательной железы на базе отделения урологии клиники БГМУ.

Задачи:

Оценить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений у контингента пациентов с диагнозом рак предстательной железы, получивших хирургическую помощь в отделение урологии клиники БГМУ с 2011 по 2015г., а также оценить их качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы:

В урологическом отделении клиники БГМУ в период с 2011 по 2015г. Выполнено 355 радикальных простатэктомий в различных модификациях (лапароскопическая, позадилоная, промежностная, с/без опции нервосбережения), средний возраст 64,7 лет. Стадия T1N0M0 выявлена у 13% пациентов, T2N0M0 – у 52% больных, T3N0M0 — у 30% больных T4N0M0 – у 4%, пациенты с метастазами в регионарные лимфоузлы составили 1 % (согласно Международной классификации TNM онкологических заболеваний, 1997 год).

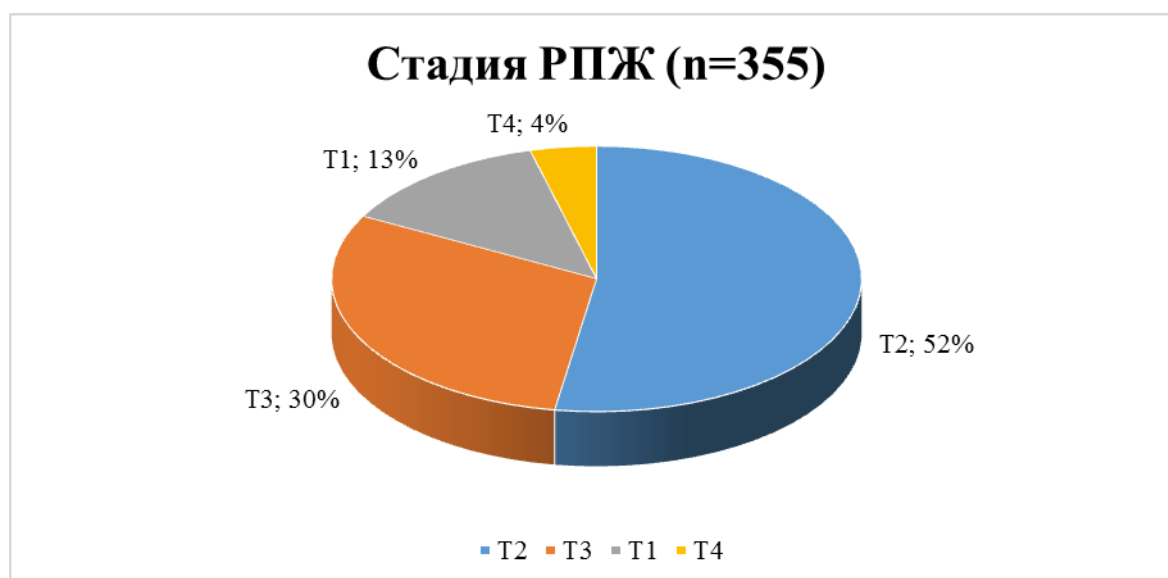


Рис. 1. Распределение прооперированных больных РПЖ по стадии TNM

Вид простатэктомии	2011	2012	2013	2014	2015
<u>Лапароскопическая РПЭ</u>			5	10	35
<u>Нервосберегающая РПЭ</u>			2	5	10
<u>Позадилонная ПЭ</u>	30	35	62	68	78
<u>Циторедуктивная ПЭ *</u>			5	4	4
Промежностная РПЭ			2		
Всего	30	35	76	87	127

Рис.2. Радикальная простатэктомия. Опыт клиники БГМУ.

У всех пациентов выявлена аденокарцинома различной степени злокачественности: глиссон <4 – 15%, 5-6 – 60%, >7 – 25%.

Методика обследования следующая: определение уровня ПСА, ПРИ, ТРУЗИ, КТ органов малого таза, пункционная биопсия простаты; при наличии пса>20+глиссон>7 проводилась остеосцинтиграфия.

В группу наблюдения произвольно было отобрано 136 пациентов, 28 из которых была проведена лапароскопическая простатэктомия (из них 8 в нервосберегающей модификации), 108 пациентам проведена позадилонная радикальная простатэктомия (из них 27 в нервосберегающей модификации). Уретральный катетер 10 дней

Таблица 2

	T1	T2	T3	T4	Всего
N 0	18	69	34	5	126
N 1	-	2	7	1	10
Всего	18	71	41	6	136

Результаты и обсуждение:

Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 5,2% больных: длительная лимфорея у 0,75% пациентов, кровотечение в раннем послеоперационном периоде – 0,75%, повреждение прямой кишки – 1,5%, пузырно-ректальный свищ – 2,2%. При оценке отдаленных результатов легкое стрессовое недержание мочи через 6 месяцев после операции отмечено у 30,88%; эректильная дисфункция выявлена у 87,5% больных; обструкция шейки мочевого пузыря, потребовавшая эндоскопической коррекции отмечена у 3,7%; лимфоцеле развилось у 1,5% больных.

Таблица 3

Осложнения после РПЭ (n=136)

Осложнения	Частота, %
Повреждение прямой кишки	1,5 %
Лимфоцеле	1,5 %
Мочевой свищ	2,2 %
Тяжелое недержание мочи	1,5 %
Легкое стрессовое недержание мочи	30,88 %
Стриктура уретры	2,94 %
Эректильная дисфункция	87,5 %
Обструкция шейки мочевого пузыря	3,7 %
Тромбоз глубоких вен	0,75 %
Обструкция мочеточников	0,75 %
ТЭЛА	0,0 %

Биохимический рецидив выявлен у 26 (19,15%) пациентов после радикальной простатэктомии. Всем пациентам проводится гормональная терапия.

Умерло 5 пациентов (3,67%)

Качество жизни (QoL) оценивалось с помощью общего опросника MOS-SF-36 и разработанной на основе этого опросника анкеты для определения состояния здоровья после радикального лечения рака простаты.

Шкалы опросника и анкеты группировались в три интегральных показателя: физический, психологический и урологический (включающий в себя функцию мочеполовых органов) компоненты здоровья.

Было выяснено, что наиболее страдает физический компонент здоровья, чуть менее страдает психологический компонент, на третьем месте находится состояние урологического здоровья.

В структуре послеоперационных осложнений преобладает легкое стрессовое недержание мочи, подавляющее количество прооперированных пациентов (87%) страдает от эректильной дисфункции, требующей дальнейшего планирования ведения больного.

Литература

1. Аляев, Ю.Г. Урология. Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – 203 с.
2. Natural history of early, localized prostate cancer / JE Johansson [et al] // JAMA. – 2004. – Vol. 291 (22).
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. / под ред. А.Д. Каприна, А.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2015. – 249 с.
4. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005-2010 годах / О.И. Аполихин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 2. – С. 4-12.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком предстательной железы / Б.Я. Алексеев [и др.]. – М., 2013. – С. 26-42.
6. Stein, M.N. Abiraterone in Prostate Cancer: a new angle to an old problem / M.N. Stein, S. Goodin, R. S. DiPaola // Clin Cancer Res. – Apr. 1, 2012. – Vol. 18(7).

УДК 616.61-008.64

В.В. Кудряшов, А.С. Сивков, В.А. Прокофьева, И.Р. Каланова, Т.Р. Низамов
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭРЕКТИЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ – ОБЗОР
ЛИТЕРАТУРЫ

Кафедра урологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Распространенность эректильной дисфункции у мужчин с терминальной стадией хронической почечной недостаточности и улучшение сексуальной активности после трансплантации значительно различаются в проведенных исследованиях. Разные авторы отмечают, что даже несмотря на успех проведенной трансплантации почки, эректильная функция может снижаться и даже ухудшаться в половине случаев. Все это указывает на необходимость продолжения исследований в этой области медицины, связывающей между собой урологию и трансплантологию.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, хроническая почечная недостаточность, трансплантация почки.

V.V. Kudryashov, A.S. Sivkov, V.A. Prokofieva, I.R. Kalanova, T.R. Nizamov
COMPLEX APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ERECTILE
DYSFUNCTION IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION – LITERATURE
REVIEW

Department of Urology with postgraduate course, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The prevalence of erectile dysfunction in men with end-stage chronic renal failure and improvement of sexual activity after transplantation differ significantly in research. Various authors point out that even though the success of the kidney transplant, erectile function can be reduced or even worsen in half the time. All this points to the need for continued research in this field of medicine, links urology and transplantation.

Keywords: erectile dysfunction, chronic renal failure, kidney transplantation.

Актуальность: Многие прогрессирующие заболевания почек оканчиваются терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), которая характеризуется практически полной утратой их гомеостатической функции [1]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения частота хронической почечной недостаточности в различных странах колеблется от 100 до 600 случаев на 1 млн. взрослого населения и увеличивается с возрастом. Необходимо понимать, что любой программный гемодиализ неспособен

полностью обеспечить потребность организма в почечной функции и трансплантация почки является общепризнанным высокоэффективным методом заместительной терапии. Непрерывная усовершенствование операционной техники и послеоперационной иммуносупрессии привело не только к значительному увеличению продолжительности жизни пациентов на заместительной почечной терапии, но и к достижению их социальной и трудовой реабилитации. В связи с этим на сегодняшний день стала актуальной проблема улучшения качества жизни данной категории больных и, в частности, их сексуальной адаптации [2].

Эректильной дисфункцией по данным разных авторов страдают 50-71,7% пациентов, перенесших трансплантацию почки. Важным моментом является то, что более 30% больных с расстройствами эрекции, ассоциированными с почечной недостаточностью, находятся в возрасте до 30 лет. [3].

Цель исследования: анализ мирового опыта в тактике ведения пациентов с эректильной дисфункцией и повышение сексуальной адаптации у пациентов после трансплантации почки.

Материалы и методы: В России заместительную почечную терапию получали 16483 больных (по состоянию на 1.01.2006), страдающих терминальной стадией ХПН, 21.3% из них имели функционирующий почечный трансплантат[4]. Темп прироста больных с ТХПН в Российской Федерации в 2005г составил 13.6%, что опережает среднемировые темпы [4]. Число реципиентов с функционирующим почечным трансплантатом в Российской Федерации составило на начало 2006г.- 3517 человек в возрасте от 3 до 75 лет, причем 49.9% находятся в возрасте от 19 до 44лет и в 61.8% преобладают мужчины[4].

С развитием техники изъятия донорских органов, предоперационной подготовки, послеоперационного ведения больных, диагностики и коррекции возникающих осложнений результаты пересадки почки улучшаются, а открытие циклоспорина А, оказывающего наиболее специфический иммуносупрессивный эффект и преобладание родственного донорства дало старт новой эры трансплантологии, что позволило почти вдвое увеличить годовую выживаемость трансплантатов[4].

Влияние трансплантации почки на эректильную функцию исследовал M.S. EL Bahnasawy (2004), он определял значимые факторы, влияющие на развитие ЭД у пациентов с ТХПН. Он обследовал 400 мужчин после трансплантации почки, ЭД имела место у 35.8% пациентов, в сравнении с диализным периодом улучшение эректильной функции отмечали 44% пациентов, ухудшение- 12.5%, изменений не было у 43.5% пациентов. Автор определил негативное влияние на сексуальную активность возраста, снижение гемоглобина ниже 110г/л, повышение уровня креатинина крови более 2мг%, наличие периферической нейропатии и сопутствующего сахарного диабета, применении циклоспорина А в качестве

базовой иммуносупрессии [5].

В общей популяции ЭД поражает мужчин в возрасте 40 лет и позже. Частота случаев ЭД увеличивается с возрастом на 25%, 55% и 65% у мужчин старше 65, 75 и 80 лет соответственно [6]. Важным моментом является то, что более 30% больных с расстройствами эрекции, ассоциированными с почечной недостаточностью, находятся в сексуально активном возрасте, более 40 % пациентов после трансплантации почки моложе 50 лет [7].

Результаты и обсуждения: В патогенезе эректильной дисфункции, ассоциированной с хронической почечной недостаточностью, мы предлагаем выделять роль психосоциального стресса, гормональных факторов, нарушения автономной иннервации и поражения периферических сосудов вследствие уремии, а также побочного действия лекарственных средств, применяемых при лечении данной группы больных, таких как циклоспорин А [8].

Первоначально случаи сохранения или возникновения эректильной дисфункции после трансплантации почки исследователи пытались связать с типом сосудистого анастомоза, используемого во время операции.

В 2008г опубликовал результаты мультицентрового исследования TIAN Ye, он исследователь выявил преобладание ЭД после трансплантации почки у пациентов после перевязки дистального отдела внутренней подвздошной артерии [9].

Приведенные исследования позволяют думать, что васкулогенный механизм является важным в патогенезе развития ЭД после трансплантации почки. Анастомозирование трансплантата с наружной подвздошной артерией по сравнению с внутренней подвздошной артерией может сохранить пенильный кровоток в некоторой степени, однако наиболее важно состояние стенки самих сосудов.

В результате множества клинических наблюдений выявлено, что гормональный дисбаланс является неизбежным последствием уремии.

Низкие концентрации свободного тестостерона, повышение плазменных концентраций ЛГ, ФСГ, а у части больных пролактина и эстрогенов характерно для диализных пациентов и напрямую зависит от степени нарушения почечной функции. Shamsa A (2005) провел проспективное исследование мужчин с ТХПН до и после родственной трансплантации почки, у всех пациентов отмечено восстановление нормального уровня тестостерона и пролактина в крови после пересадки почки [10]. Вызывает интерес исследование француза Huyghe E (2007), который опубликовал предварительные результаты применения ингибиторов рапамицина (сиролимус и эверолимус) с 1996г. по 2006г. Они свидетельствуют, что применение последних в качестве базовой иммуносупрессии у мужчин после трансплантации почки, приводит к снижению уровня тестостерона, повышению уровней ЛГ

и ФСГ в крови, повреждению сперматогенного эпителия, снижению эрекции, однако механизм действия и вклад в развитие ЭД пока неясен [7]. Суммируя вышеописанное, мы считаем целесообразным определение гормонального профиля при снижении либидо, признаках гипогонадизма и при тяжелой форме ЭД у реципиентов почечного трансплантата.

Влияние уремических токсинов приводит к развитию нарушений периферических нервов. Уремическая полинейропатия является дистальной, характеризующаяся сегментарными выпадениями моторной и сенсорной проводимости, связанными частичной демиелинизацией или ремиелинизацией и аксональной дегенерацией. Успешная трансплантация почки улучшает клинические и электрофизиологические признаки даже тяжелых форм полинейропатии, таких как длительная дегенеративная уремическая или сочетание диабетической и уремической нейропатии [11]. От 10 до 28% пациентов, принимающих циклоспорин А или Такролимус могут иметь побочные нейротоксические эффекты, в том числе периферическую нейропатию [46]. Влияние полинейропатии на возникновение ЭД отмечают многие исследователи. Риск развития ЭД после трансплантации почки при сопутствующей полинейропатии возрастает в 3.89 раз [12].

Таким образом, у мужчин с пересаженной почкой, после коррекции биохимических нарушений и стабилизации адекватной функции трансплантата, наиболее значимыми остаются васкулогенные, психогенные и нейрогенные причины нарушения эректильной функции [13].

В настоящее время выбор метода лечения больных с ЭД определяется его инвазивностью, поэтому начинается с пероральных ингибиторов ФДЭ 5- типа [4].

Один из самых высокоселективных ингибиторов фосфодиэстеразы 5- типа на сегодняшний день является варденафила гидрохлорид (левитра). В исследованиях *in vitro* было доказано, что левитра наиболее избирательно действует на фосфодиэстеразу 5- го типа в сравнении с виагрой и сиалисом, а также в отношении влияния на указанный фермент сильнее силденафила в 10 раз, а тадалафила в 13 раз. Также в результате клинических исследований доказана более высокая эффективность при лечении больных сахарным диабетом, после радикальной простатэктомии, а также у пациентов, резистентных к терапии силденафилом. Левитра эффективна в минимальных концентрациях и не вызывает тахифилаксии [14]. Demir E. в конце 2006г провел плацебо- контролируемое исследование, в котором участвовали 39 мужчин, имеющих почечный трансплантат, уровень креатинина крови у всех пациентов был < 2 мг/дл. Диагноз ЭД был подтвержден цветным доплеровским ультразвукографическим исследованием пенильного кровотока. В течение терапии пациенты самостоятельно заполняли анкету ПЕФ, а также им проводилось определение концентрации циклоспорина А или такролимуса в сыворотке крови, уровня креатинина крови и клиренса

креатинина. Прием варденафила ежедневно в течение 4 недель имел положительное влияние на эректильную функцию у всех пациентов. Сумма баллов МИЭФ увеличилась с $12,8 \pm 3,5$ до $26,46 \pm 2,4$, ни один пациент не потребовал повышения дозы. Концентрация под кривой циклоспорина А и такролимуса достоверно не различалась до и на фоне терапии ингибитором фосфодиэстеразы 5- типа, функция трансплантата оставалась стабильной во всех случаях. Побочные реакции отмечали 7 (18%) пациентов [15].

Очевидно, что проблема эректильной дисфункции у больных ТХПН остается открытой. Анализ существующих научных данных показал, что полученные сведения зачастую противоречивы либо носят лишь описательный характер. Продолжение исследований эректильной составляющей у пациентов с ТХПН позволит не только установить распространенность расстройств эрекции, но и определить факторы, влияющие на возникновение и тяжесть ЭД.

Литература

1. Аляев Ю. Г., Григорян В. А., Амосов А. В. Комбинированная фармакоэходоплерография предстательной железы и полового члена в диагностике венокорпоральной эректильной дисфункции.// Материалы 2-го Российского форума «Мужское здоровье и долголетие», 17-19 февраля 2004 г. - М.: «РимиЭкспо», 2004. - С. 16
2. Григорян В.А., Каабак М.М. Эректильная дисфункция у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.// Вестник трансплантологии и искусственных органов. -М., 2005г.- № 4.- С. 37-43
3. Королева С.В. Допплерография полового члена в диагностике эректильной дисфункции. // Дисс.кандидата мед.наук-М – 1997
4. Трансплантология: Руководство для врачей/ Под.ред. В.И. Шумакова.- 2-е изд., испр. и доп.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.-544с.
5. EL-Bahnasawy M.S.; A. El-Assmy; E. El-Sawy; B. Ali-El Dein; A.B. Shehab El-Dein; A. Refaie; S. El-Hammady. Critical Evaluation of the Factors Influencing Erectile Function After Renal Transplantation. //International Journal of Impotence Research 2004 June: 16(6):521-526.
6. Vita G, Messina C, Savica V, Bellinghueri C. Uremic automatic neuropathy.//J AutomNerv Syst 1999; 30: 179-184
7. Huyghe E, Zairi A, Nohra J, Kamar N, Plante P, Rostaing L. Gonadal impact of target of rapamycin inhibitors (sirolimus and everolimus) in male patients: an overview.// Transpl Int. 2007 Apr;20(4):305-11
8. Abdel-Hamid Ibrahim A. Mechanisms of vasculogenic erectil dysfunction after

kidney transplantation. // BJU Int.- 2004.-94: 497-500

9. Tian Ye et al. Prevalence and influential factors of erectile dysfunction in male renal transplant recipients: a multiple center survey. //Chinese Medical Journal 2008; 121(9):795-799

10. Shamsa A, Motavalli SM, Aghdam B. Erectile function in end-stage renal disease before and after renal transplantation. //Transplant Proc. 2005 Sep;37(7):3087-9.

11. Bolton CF. Electrophysiologic changes in uremic neuropathy after successful renal transplantation. //Neurology 1976 Feb;26(2): 152-61.

12. Tian XH, Xue WJ, Li DQ, Tian PX, Ding XM, Pan XM, Hou J. Impacts of kidney transplantation on erectile function and its contributing factors evaluation. // Zhonghua Nan Ke Xue. 2007 May;13(5):431-4

13. Abdel-Hamid I, Eraky I, Fouda M, Mansour O. Role of penile vascular insufficiency in erectile dysfunction in renal transplant recipients. // Int J ImpotRes 2002; 14: 32-37.

14. Сегал А.С., Пушкарь Д.Ю. Новый патогенетический подход, а также способ лечения и профилактики эректильной дисфункции - модулируемая эректильная оксигенация кавернозной ткани полового члена. // Урология.-М.- 2004. -№ 5.- С. 48-51

15. Demir E, Balal M, Pay das S, Sertdemir Y, Erken U. Efficacy and safety of vardenafil in renal transplant recipients with erectile dysfunction. //Transplant Proc 2006; 38:1379-1381

УДК 616-006.68

И.Р. Кабиров, В.В. Кудряшов, Э.Д. Мехдиев, И.Р. Хабибуллин, Г.Ю. Гололобов.

**УРОВЕНЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭВИСЦЕРАЦИИ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА: ОПЫТ КЛИНИКИ БГМУ**

**Кафедра урологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме. В данной работе рассматриваются и анализируются основные ранние и поздние послеоперационные осложнения после эвисцерации органов малого таза при онкологических заболеваниях органов малого таза, последующего влияния на уровень физического качества жизни.

Ключевые слова. Эвисцерация органов малого таза, рак органов малого таза, послеоперационные осложнения, уровень жизни.

I.R. Kabirov, V.V. Kudryashov, E.D. Mekhdiev, I.R. Khabibyllin, G.U. Gololobov

**THE LEVEL OF LIFE OF PATIENTS AFTER EVISCERATION OF THE PELVIS
ORGANS: THE EXPERIENCE OF BSMU HOSPITAL**

Department of Urology with postgraduate course, Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: This paper discusses and analyzes the major early and late postoperative complications after evisceration of the pelvic organs for cancer in this area, the subsequent impact on the level of physical quality of life.

Keywords. Evisceration pelvic cancer, pelvic organs, postoperative complications, the standard of living.

Актуальность. Качество жизни после серьезного хирургического вмешательства является одним из важнейших критериев для здравоохранения. Врачи постоянно совершенствуют методы поддержания качества жизни на адекватном уровне, но, несмотря на это пациенты часто остаются недовольными текущим состоянием здоровья. Поэтому послеоперационный анализ качества жизни необходим и важен как один из критериев необходимости выполнения хирургического вмешательства [4].

Цель и задачи исследования. Произвести сбор данных у пациентов, перенесших эвисцерацию органов малого таза с 2008 по 2015 года на базе урологического отделения клиники БГМУ и РКБ, для оценки уровня жизни по физическому состоянию. Оценить количество послеоперационных осложнений у контингента пациентов с раком органов

малого таза, получивших хирургическую помощь в условиях отделения урологии клиники БГМУ, а также оценить их качество жизни в позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. В отделении онкологии клиники БГМУ за период с января 2012 по февраль 2015 года эвисцерации органов малого таза по различным показаниям была выполнена 24 пациентам и с 2008 по 2013 г на базе РКБ проведено 12. Наиболее частыми показаниями для ЭОМТ являлись рак шейки матки – 6 случаев, рак прямой и сигмовидной кишок – 8 случаев, рак мочевого пузыря – 11 случаев, рак вульвы - 2 случая и рак яичников 1 случай [1].

Для лечения местно-распространенных опухолей в 66.7% случаях (у 26 пациентов) была выполнена тотальная эвисцерация малого таза и в 33.3% (у 10 пациентов) случаях выполнялась передняя эвисцерация.

Ранние послеоперационные осложнения. Выявлены следующие ранние послеоперационные осложнения:

1. динамическая кишечная непроходимость (13,5%),
2. острый пиелонефрит (7,1%),
3. эвентерация (5,9%),
4. нагноение раны (4,1%),
5. несостоятельность уретеронеоцистоанастомоза (3,5%),
6. несостоятельность энтероэнтероанастомоза (1,8%).

Результаты исследования. После проведенной операции пациенты находились под наблюдением в стационаре 15 суток. Смертность пациентов в послеоперационном периоде наступила в трех (8,3%) случаях. В первом - смерть наступила от острого инфаркта миокарда наступила на операционном столе, во втором – в результате тромбоэмболии легочной артерии на 21-й день после выписки из стационара, в третьем пациентка скончалась вследствие десиминации опухолевого процесса. За весь период наблюдения умерло 16 человек, что составило 44,4% (12 (33,3%) от диссеминации опухолевого процесса, 4 (11,1%) от других причин) [1].

На сегодняшний день под наблюдением состоит 20 (55,6%) человек.

Уровень качества жизни оценивался с помощью общего опросника и разработанной на основе этого опросника анкеты для оценки состояния здоровья [2,3].

Опрошено было 11 человек, и по результатам выявлено, что у большинства лиц физический уровень жизни сильно не изменился. В трех случаях состояние ухудшилось и уровень физического состояния оценивался как низкий. В позднем послеоперационном периоде у 1 человека было выпадение кишечника, пролапс тазовых органов и была сделана пластика тазового дна. Однако у последующих 8

опрошенных, уровень физического состояния остался на уровне, послеоперационные грыжи, кишечная непроходимость и нагноение раны встречались хоть и у каждого второго, требующие постоянного ухода как самостоятельного, так и со стороны близких, не критично повлияли на их образ жизни в целом.

63% (7 человек) послеоперационного контингента каждые полгода делают КТ или УЗИ, сдают назначенные специалистами по месту жительства различные анализы (ОАМ, ОАК.). Дополнительная химиотерапия назначалась в 18% случаях (двум пациентам).

Выводы: Различные виды ЭОМТ считаются стандартом хирургического лечения при местно-распространенных опухолях органов малого таза. Данная операция наносит значительный ущерб физическому состоянию пациентов в послеоперационном периоде, но не смотря на значительный ущерб организму при хирургическом вмешательстве и высокой ранней послеоперационной летальности из-за осложнений, метод остается эффективен как для увеличения общей выживаемости, так и для стабилизации физического состояния.

Литература

1. В.Н. Павлов, А.А. Измайлов, Р.И. Сафиуллин, А.А. Казихинуров, Л.М. Кутляров, И.Р. Кабиров, М.Ф. Урманцев, И.М. Султанов, Р.В. Абдрахимов. Тазовая эвисцерация в комплексном лечении местно-распространенных опухолей малого таза // Медицинский вестник Башкортостана - №3 Май-Июнь 2015 г -с. 173-176.
2. Одарюк Т.С., Нечушкин М.И., Царьков П.В., Рыбаков Е.Г. Возможно ли улучшение качества жизни больных после эвисцерации таза? // Хирургия. - 1998. - № 11.-с. 38–43.
3. Новик А. А., к. Б. Н. Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. Акад. РАМН Ю. Л. Шевченко.— М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.— 320с.
4. Всемирная организация здравоохранения. Определение паллиативной помощи. 2002 г.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.411-006

А.Ф.Байбулатова, Б.А.Бакиров

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ

**Кафедра госпитальной терапии №1, Башкирский Государственный Медицинский
Университет, г.Уфа**

Резюме: Нарушения в системе коагуляции встречаются у большинства больных при проведении полихимиотерапии (93,5%), являясь началом всех последующих инфекционных и органических нарушений. Нами были ретроспективно проанализированы 138 больных с онкогематологическими заболеваниями в критических состояниях. Одним из состояний было нарушение системы гемостаза с развитием ДВС-синдрома. Нарушения в системе гемостаза диагностировано у 129 (93,5%) больных, достоверных различий в разных группах больных не выявлено (острые лейкозы и хронические лейкозы). В среднем оценка по шкале SOFA была $1,5 \pm 0,2$ баллов. В процессе лечения также отмечалось снижение уровня тромбоцитов, по сравнению с исходными показателями более чем в 10 раз. При присоединении инфекционных осложнений у больных отмечались изменения показателей АЧТВ и Д-димера и почти в 3 раза снижение уровня фибриногена.

Ключевые слова: онкогематология, гемостаз

Baybulatova A.F., Bakirov B.A.

INDICATORS OF HEMOSTASIS IN PATIENT WITH HEMATOLOGICAL DISORDERS

The department of hospital therapy №1, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: violations in system of coagulation meet at most of patients when carrying out polychemotherapy (93,5%), being the beginning of all subsequent infectious and organ disorders. We retrospectively analysed 138 patients with oncohematological diseases in critical conditions. Violation of system of a hemostasis with development of the DVS-syndrome was one of states. This violations is diagnosed at 129 (93,5%) patients, reliable distinctions in different groups of patients it isn't revealed (acute and chronic leukosis). On average the assessment on a scale of SOFA was $1,5 \pm 0,2$ of points. In the course of treatment decrease in level of platelets, in comparison with initial indicators more than by 10 times was also noted. Also in patients with infectious complications was revealed changes of hemostasis indicators and almost by 3 times decrease in level of fibrinogen.

Keywords: oncohematology, hemostasis

Актуальность. Применение высокодозной химиотерапии, может приводить к токсическим повреждениям органов и тканей с развитием угрожающих жизни осложнениям. Наиболее тяжелыми являются развитие критических состояний, к которым относятся органные нарушения, а также полиорганная недостаточность, сепсис, септический шок [1]. Одним из типов органных нарушений являются нарушения в системе гемостаза у больных с гематологическими заболеваниями и включают в себя разнообразные изменения этой патологии – от небольших кровоизлияний до кровоточивости и тяжелых кровоизлияний во все органы и ткани. У гематологических больных нарушения в системе гемостаза осуществляется преимущественно по внешнему механизму процесса свертывания крови. Причина подобных изменений такой активации – это опухолевые клетки, которые попадают в кровоток и в результате чего высвобождается высокоактивный тканевой тромбопластин и фактор VII, с активизацией факторов IX и X и запуском процессов внутрисосудистого свертывания крови. Помимо прочего опухолевые клетки вырабатывают прокоагулянты, которые активируют свертывающую систему. В процессе нашего исследования мы оценили изменения в системе коагуляции у больных, у которых в период лечения возникли инфекционные осложнения. Согласно многих литературных данных активация при сепсисе системы гемостаза обусловлена эндотоксемией бактериальными липополисахаридами. Центральным медиатором сепсиса является фактор некроза опухоли (TNF-tumor necrosis factor), который вырабатывается в ответ на поступление эндотоксина. Другой медиатор – интерлейкин-1, концентрация которого резко возрастает после поступления в сосудистое русло TNF. Следом происходит повышение уровня интерлейкина-6, который активизирует синтез в печени белков острой фазы [2,3,4]. ДВС - синдром может проявляться клинической картиной тромбозов, геморрагий и нарушений микроциркуляции или же протекает бессимптомно, выявляясь только по лабораторным показателям.

Цель исследования: у онкогематологических больных развиваются разнообразные нарушения в системе коагуляции, как в результате течения самого опухолевого процесса, так и в результате проведения химиотерапии. В наибольшей степени страдает костный мозг как орган с высокой репродуктивной способностью гемопоэтических клеток. При полихимиотерапии и в перерывах между курсами нарушается система свертывания крови, что создает условия для других осложнений, в частности, инфекционных. Нарушение коагуляции происходит не только за счет тромбоцитопении, но и повышение антитромбина 3, протромбина, повышение уровня Д-димера. Миелотоксический эффект проявляется угнетением трех ростков миелопоэза (грануломоноцитарного, эритроидного, мегакариоцитарного).

Материалы и методы: при отборе пациентов и оценке тяжести органических нарушений в процессе проведения интенсивной терапии, а также дальнейшей оценке системы коагуляции используются уже известные критерии недостаточности функции органов и систем [6, 7]. К подобным критериям относится тромбоцитопения ($< 150 \cdot 10^9/\text{л}$) с удлинением протромбинового времени $> 22,5$ секунд, активированного частичного тромбопластинового времени > 42 секунд.

Нарушения в системе гемостаза у 138 больного и достоверных различий в разных группах больных выявлено не было. Вероятней всего это связано с тем, что у большинства из них отмечены значительные нарушения гемостаза и в первую очередь связаны с проведением полихимиотерапии. Тромбоцитопения – результат угнетения мегакариоцитарного ростка вследствие проведенной полихимиотерапии. Для предупреждения угрожающего жизни кровотечения мы старались поддерживать количество тромбоцитов в крови не ниже $20 \cdot 10^9/\text{л}$. Нарушения в системе коагуляции изучена у 138 больного с гематологическими заболеваниями (94 было женского пола (68,1%) и 44 мужского (31,9%). Средний возраст пациентов – 28,7 лет. Анализ проведен взрослых пациентов с онкогематологическими заболеваниями получающих различные схемы химиотерапии с последующим переводом в блок интенсивной терапии ГБУЗ Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова, г. Уфа. В исследование были включены пациенты за период с февраля 2009 по декабрь 2011 года. Пациенты были представлены преимущественно с диагнозами острый лейкоз, из которых ОМЛ – 88 пациентов (63,8%), ОЛЛ – 34 пациента (24,6%) и 16 пациентов (11,6%) с другими (апластическая анемия, хронические лейкозы и миелодиспластический синдром). Средняя продолжительность терапии до перевода в палату интенсивной терапии составила 7 дней. Среднее пребывание в ПИТ составила 15,5 дней.

Как было описано ранее, нарушения в системе гемостаза диагностировано у 129 (93,5%) больных, достоверных различий в разных группах больных не выявлено (острые лейкозы и хронические лейкозы). В среднем оценка по шкале SOFA в $1,5 \pm 0,2$ баллов. Больных, у которых выявлено нарушение в системе коагуляции после проведенной полихимиотерапии примерно одинаковое число, т.е. больные с острыми и хроническими лейкозами выраженность нарушений в системе гемостаза была достоверно выше у больных с острыми лейкозами. В процессе лечения больных отмечалось снижение тромбоцитов, по сравнению с исходными показателями более чем в 10 раз. Также в процессе лечения и присоединении инфекционных осложнений отмечались изменения АЧТВ и Д-димера. При снижении тромбоцитов ниже 20-30 тысяч больным проводилась трансфузия тромбоконцентрата. Надо отметить, что на снижение эффективности тромбоцитов

значительную роль оказывает состояние пациента, к которому относятся: инфекция, лихорадка, применение ряда лекарственных препаратов (дезагрегантов и пр.) [5]. Нарушения в системе коагуляции диагностировано у 138 больного, и надо отметить что данное осложнение развивалось наиболее рано, в результате применения полихимиотерапии в ближайшие дни после начала лечения, в срок от 3 до 12 суток. Также, у данных больных нарушения в системе гемостаза усугублялись с развитием инфекционных нарушений и синдрома полиорганной недостаточности. Таким образом, данный процесс можно считать замкнутым кругом, когда одно нарушение в системе гемостаза провоцирует развитие инфекционных осложнений, а те в свою очередь усугубляют ДВС-синдром. Наибольшее количество больных, у которых в период проводимого лечения развились нарушения в системе коагуляции, были пациенты с острыми лейкозами 115 (94,3%) из 122, и 14 (87,5%) с другими заболеваниями костного мозга.

Результаты и обсуждение: Нарушения в системе гемостаза у 138 больного, достоверных различий в группах больных *с острыми и хроническими лейкозами* выявлено не было. Наибольшее количество больных, у которых в период проводимого лечения развились нарушения в системе коагуляции, были пациенты с острыми лейкозами 115(94,3%) из 122, и 14 (87,5%) с другими заболеваниями костного мозга. В среднем нарушения в системе гемостаза оценены по шкале SOFA в $1,5 \pm 0,2$ балла. ДВС-синдром может проявляться клинической картиной тромбозов, геморрагии и нарушений микроциркуляции или же протекает бессимптомно, диагностируясь только по лабораторным показателям. В процессе лечения гематологических больных отмечалось снижение тромбоцитов, по сравнению с исходными показателями более чем в 10 раз. Снижение фибриногена при присоединении инфекционных осложнений у больных, почти в 3 раза. Также в процессе лечения и присоединении инфекционных осложнений отмечались изменения АЧТВ и Д-димера.

Заключение и выводы: Нарушения в системе коагуляции встречаются у большинства больных при проведении полихимиотерапии (93,5%), являясь началом всех последующих инфекционных и органических нарушений. При присоединении инфекционных осложнений, как правило, повышается антитромбин III, протромбин, повышается фибриноген и Д-димер, а также развивается тромбоцитопения.

Литература

1. Белобородов В.Б. Проблемы антибактериальной терапии тяжелых инфекций на примере нозокомиальной пневмонии, связанной с проведением искусственной вентиляции легких, и сепсиса // Русский медицинский журнал. – 2012 – № 6 – 286.

2. Галстян Г.М. Септический шок и острая дыхательная недостаточность в гематологической клинике. // Диссертация доктора медицинских наук. – М. – 2003. – с. 304.
3. Зильбер А. П. Цитокиновые каскады и новая концепция критического состояния при септическом шоке. // В кн. «Актуальные проблемы критических состояний». – 1995. – с. 137-149.
4. Кассиль В. Л. Полиорганная недостаточность. // Проблемы гематологии и переливания крови. – 1995. – № 2. – с. 45-49.
5. Alessandrino E.P., Varettoni M., Colombo A.A., et al. High incidence of symptomatic cytomegalovirus infection in multiple myeloma patients undergoing autologous blood stem cell transplantation. *Blood*. 2000; 95: 4016- 4017.
6. Boehm A, Rabitsch W, Locker GJ, Worel N, Robak O, Laczika KF, Staudinger T, Bojic A, Siersch V, Valent P, Sperr WR. Successful allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for acute myeloid leukemia during respiratory failure and invasive mechanical ventilation. // *Wien Klin Wochenschr*. 2011 Jun;123(11-12):354-8.
7. Yoshimi A, Strahm B, Baumann I, Furlan I. et al. Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Children and Young Adults with Secondary Myelodysplastic Syndrome and Acute Myelogenous Leukemia after Aplastic Anemia. // *Biol Blood Marrow Transplant*. 2013 Dec 5.

УДК 616.24-002.14

Л.Р. Мухамадиева, Э.Р.Махмутова

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Кафедра факультетской терапии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме: Проведенное обследование 50 больных с тяжелым течением внебольничной пневмонии (далее - ВП) показало, что включение «Полиоксидония» в комплексную терапию лечения ВП значительно улучшает течение и прогноз заболевания, способствуя нормализации иммунного статуса. Под влиянием иммунокорректирующей терапии «Полиоксидонием» у больных с ВП нормализуются показатели клеточного иммунитета и неспецифической резистентности, что является критерием клинической и иммунологической эффективности иммуномодулятора.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, полиоксидоний

Mukhamadieva L.R., Makhmutova E.R.

**IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF PATHOGENETIC THERAPY COMMUNITY-
ACQUIRED PNEUMONIA**

The Department of faculty therapy, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Carried out examinations of 30 patients with severe community-acquired pneumonia, showed us that inclusion of "Polyoxidonii" to the complex therapy improves clinical course and prognosis, normalization immunological status. Under the effect of immunocorrectical therapy, i.e. using "Polyoxidonii", human bodies who have community-acquired pneumonia, their both cell and humoral immunity indexes started becoming better. This result proves us the effectivity of immunomodulators, i.e. the usage of "Polyoxidonii".

Keywords: community-acquired pneumonia, polyoxidonii

Актуальность. ВП относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. В РФ за последние 30 лет показатель заболеваемости вырос в 3 раза и составляет около 400 тыс. больных ВП в год. Показатель летальности у госпитализированных пациентов с тяжелой формой заболевания варьируется от 14 до 40 % и существенно возрастает среди больных старше 60 лет. При этом увеличивается число форм заболевания с тяжелым и затяжным течением, которые к тому же

сопровожаются осложнениями в виде абсцедирования, плевритов, острой дыхательной недостаточности и других.

Одной из ведущих причин осложненного и затяжного течения является изменение иммунологической реактивности организма, следовательно, лечение ВП должно быть комплексным, затрагивающим все звенья патогенеза, в том числе иммунологическое. В этой связи представляет интерес клинико-иммунологическая оценка эффективности препарата с доказанной иммуномодулирующей активностью в лечении тяжелой формы ВП – «Полиоксидония».

«Полиоксидоний» - производное полиэтиленпиперазина, с широким спектром воздействия на организм, включающий иммуномодулирующий, антиоксидантный, детоксицирующий и мембраностабилизирующие эффекты, в силу чего, этот препарат называют эндогенным иммуносорбентом. Иммуномодулирующий эффект действия препарата обусловлен комплексным центробежным действием, начинающимся с активации моноцитарно-макрофагальной системы, нейтрофилов и натуральных киллеров, при их сниженных функциях, в дальнейшем приводящей к последовательной нормализации неадекватного иммунного ответа. В то же время имеются и некоторые особенности влияния препарата на различные звенья иммунологической защиты – выраженный антиоксидантный и адьювантный эффект «Полиоксидония», что позволяет использовать этот препарат в остром периоде воспаления в комплексе в антибактериальной терапии.

Цель исследования: изучить клинико-иммунологические особенности внебольничной пневмонии тяжелой степени и обосновать применение иммуномодулятора «Полиоксидония» в комплексной терапии заболевания.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 50 больных ВП в возрасте от 18 до 65 лет с тяжелым течением. Больные ВП были распределены на 2 группы в зависимости от предложенной комплексной терапии с включением «Полиоксидония»: 1 группа – 25 больных с тяжелой формой ВП, получавших наряду со стандартной терапией иммуномодулятор «Полиоксидоний» с 3-4-го дня пребывания в стационаре в дозе 6 мг внутримышечно один раз в сутки, через день №5, в течение 10 дней. 2- группа – 25 пациентов с тяжелой формой ВП, получавших стандартную терапию (без применения иммунокоррекции), сопоставимая с основными группами по полу, возрасту и степени тяжести. Для сравнительной оценки иммунологических показателей в исследовании использовались результаты обследования 30 здоровых доноров. Общеклиническое обследование больных проводилось в соответствии с медико-экономическими стандартами. Для верификации возбудителей ВП использовались общепринятые микроскопически и бактериологические методы. Комплексное клинико-иммунологическое обследование

проводилось дважды – в день поступления больных в стационар и через 10 дней после начала лечения и включало: анализ данных лейкоцитограммы капиллярной крови; оценку фагоцитарной активности в тесте с латексом с подсчетом фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ) – определение содержания в крови С-реактивного протеина (СРБ), С3, С4 компонентов комплемента методом иммунотурбидиметрии на биохимическом анализаторе Hitachi-902 (наборы реагентов «Tina-quant», Roche Diagnostics Corporation, USA); иммунофенотипирование лимфоцитов методом проточной цитофлюорометрии на приборе Epics XL, фирмы «Coulter» с характеристикой основных маркеров иммунокомпетентных клеток (CD3+;CD4+;CD8+;CD16+;CD19+);оценку гуморальных факторов иммунитета по концентрации иммуноглобулинов классов А, М, G методом иммунотурбидиметрии на биохимическом анализаторе Hitachi-902 (наборы реагентов «Tina-quant», Roche Diagnostics Corporation, USA). Содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определялось методом преципитации с раствором полиэтиленгликоля (мол. м. 6000 Д); определение уровня цитокинов IL-4, IL-6, TNF- α иммуноферментным методом с использованием стандартных тест-систем (ООО «Протеиновый Контур – Тест», г. Санкт-Петербург).

Результаты исследования: особенности иммунологической реактивности у больных с ВП с более тяжелым течением характеризуются снижением уровня общих Т-лимфоцитов(CD3+), Т-хелперов-индукторов(CD4+), натуральных киллерных клеток (CD16+), ($p<0,05$), синдромом дисфагоцитоза, высоким уровнем циркулирующих иммунных комплексов, многократным увеличением уровня воспалительных цитокинов IL-4, IL-6, TNF- α , ($p<0,05$), что является показанием для иммунокоррекции. Назначение в ранние сроки заболевания в комплексе с антибактериальными препаратами «Полиоксидония» при тяжелой форме ВП в дозе 6 мг № 5, улучшают течение заболевания, способствуя регрессу воспалительного синдрома и признаков поражения легочной ткани; оказывают стимулирующее действие на факторы естественной резистентности (фагоцитоз, натуральные киллеры (CD16+) и клеточные механизмы защиты (повышение значения общих Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов-индукторов (CD4+),($p<0,05$), и регулирующее влияние на воспалительную активность цитокинов, вызывая снижение уровней IL-4, IL-6, TNF- α , ($p<0,01$).

Выводы: особенности иммунологической реактивности у больных с тяжелым течением ВП характеризуется депрессией факторов естественной резистентности, Т-клеточного звена системы иммунитета, на фоне относительной напряженности гуморальных факторов, нарушенным соотношением цитокинов. Включение «Полиоксидония» в комплексную терапию у больных с тяжелыми формами ВП, наряду с влиянием на основные звенья

иммунитета, оказывает регулирующее влияние на противовоспалительные факторы межклеточного взаимодействия в динамике заболевания. Также установлено существенное влияние препарата на динамику провоспалительных цитокинов. Так, через 10 дней лечения в основной подгруппе наблюдалось снижение уровней IL-6, TNF- α более, чем в 2 раза. Несомненно, включение препарата «Полиоксидония» в комплексную терапию лечения внебольничной пневмонии проявило положительную клиническую направленность, проявившуюся более быстрым регрессом симптомов воспаления, поражения легочной ткани.

Литература

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практич. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике/ Сост. А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, С.В. Яковлев, Л.С. Страчунский.- М., 2003.-53с.
2. Избранные лекции по внутренним болезням в частях. Ч I. Болезни органов дыхания. Нарушения ритмов сердца/ под. Ред. Р.М. Фазлыевой, Г.К. Макеевой.- Уфа: Изд-во БГМУ, 2009.-240с.
3. Караулов А.В., Мавзютова Г.А., Фазлыева Р.М., Хайруллина Р.М., Мавзютова А.Р. Клинико-иммунологические особенности внебольничной пневмонии. Иммунокоррекция. Уфа, 2010-184с.

УДК 616.155

Н.Р. Рябчикова, Г.А. Галина, Г.Ш.Сафуанова

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

**Кафедра Терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: Проведен анализ лекарственного обеспечения онкогематологических больных и пациентов с гемофилией в Республике Башкортостан, даны рекомендации по оптимизации данного направления медицинской помощи.

Ключевые слова: Онкогематология, лекарственное обеспечение

N.R. Ryabchikova, G.A. Galina, G.Sh. Safuanova

THE ANALYSIS OF DRUG SUPPLY SYSTEM FOR ONCOHEMATOLOGY PATIENTS AND PATIENTS WITH GAEMOPHILIA IN REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Department of Internal Medicine and joint practice with geriatrics' courses, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Data of drug supply system for oncohematology patients and patients with gaemophilia in Republic of Bashkortostan were analyzed, are given recommendations to optimize this area of medical assistance.

Key words: oncohematology, drug supply system

Актуальность. На современном этапе развития медицины произошли революционные преобразования в лекарственном обеспечении онкогематологических (ОГ) больных и пациентов с гемофилией. Фармацевтическая промышленность на основе новых научных разработок предлагает оригинальные и дженерические таргетные препараты, существенно изменившие подходы к лечению этой тяжелой группы пациентов, обеспечивающих более безопасное и значительно более эффективное лечение. Если раньше при применении комбинаций цитостатиков выживаемость больных гемобластозами составляла 30-45%, то теперь при различных вариантах мы говорим уже 70-96%. За 10 летний период применения Ингибиторов тиразинкиназ 1 линии (Иматиниб) пациентов с хроническим миелолейкозом на фоне полной клинико-гематологической ремиссии снимают с группы инвалидности. А многоцентровые исследования свидетельствуют о возможном излечении пациентов и снятия их с пожизненной терапии при длительном стабильном полном молекулярном ответе [3].

Больные гемофилией, используя факторы свёртывания крови не заражаются с детства трансмиссивными инфекциями (вирусные гепатиты В,С , ВИЧ), не становятся инвалидами на фоне множественных гемартрозов, а при профилактическом приеме препаратов их качество жизни не отличается от общей популяции. Такие результаты стали возможными за счет многоканального финансирования этого контингента больных.

Цель исследования: Анализ лекарственного обеспечения онкогематологических больных и пациентов с гемофилией в Республике Башкортостан (РБ).

Материал и методы. Медицинская помощь пациентам гематологического профиля осуществляется согласно порядку оказания медицинской помощи по приказу МЗРФ № 930 от 2012г. [1] в условиях консультативных поликлиник, специализированных отделений стационаров (в РКБ им. Куватова, ГКБ №13, 10 койках в г. Стерлитамаке, 5 койках клиника БГМУ, РДКБ и по месту жительства). Всего в РБ 150 гематологических коек. Проведен анализ республиканского и федерального регистров, заявки на 2016г по программе «7ВЗН», регистр Орфанных заболеваний, заключения главного специалиста гематолога МЗРБ. Лечение проводится по стандартам и клиническим рекомендациям, многие из которых разрабатывались еще до внедрения современных препаратов.

Результаты и обсуждение: На сегодняшний день в федеральном онкогематологическом регистре зарегистрировано более 1200 пациентов, из них хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 20%, (239), хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) – 27% (324), миеломной болезнью – 30% (366), гемофилией А – 14% (168), В – 2% (22), болезнью Виллебранда – 6% (79), макроглобулинемией Вальденстрема – 0,4% (5) больных (рисунок 1).



Рис. 1. Структура заболеваемости онкогематологических больных, внесенных в
Федеральный регистр

Учитывая высокую стоимость лечения данной категории пациентов основную финансовую нагрузку берет на себя государство, обеспечивая лечение больных по программе «7 высокочувствительных нозологий», где 2/3 больных являются онкогематологическими. Бесплатно получают препараты больные с хр. миелолейкозом, хр. лимфолейкозом, миеломной болезнью, гемофилией А и В, болезнью Виллебранда. Ежегодно в МЗ РФ защищается индивидуальная, адресная заявка на более чем 1200 пациентов по 7 ОГ нозологиям, включающих 15 наименований МНН препаратов, в том числе с различными дозами по 23 позициям. В 2016 г. в программу 7ВЗН добавлены новые препараты для лечения резистентных форм миеломы (т.к. до 16-20 % больных хроническими гемобластомами становятся резистентными к лечению, за счет дополнительных мутаций), это Леналидомид в 3 дозировках на 36 больных, а так же препараты с высоким содержанием фактора Виллебранда-Гемате (1/2400 МЕ) у 21, Вилате (900/800) у 18 пациентов с болезнью Виллебранда и отечественный рекомбинантный, генно-инженерный фактор свертывания крови 8- Мороктоког, на который были переведены 30 больных с гемофилией А средне-тяжелой формы. Вопросы преодоления резистентности, в частности при ХМЛ, решаются также за счет получения ОГ больными 2 линии терапии ИТК за счет регионального бюджета (Тасигна - 16 и Спрайслз - 9 больных). Больные обреченные на гибель, вновь дают хороший ответ. Но для адекватного лечения необходима специфическая диагностика и мониторинг ответа на лечение всех этих пациентов минимум раз в 6 месяцев. К сожалению в РБ представлены не все необходимые методы - это цитогенетический анализ, молекулярный ответ (ПЦР), иммунохимия крови и мочи, определение клона ПНГ и др. Не решен вопрос оплаты этих исследований в центральных НИИ г Москвы и СПб или оплаты через ФОМС ЦГ и Молекулярных исследований в сертифицированной генетической лаборатории НИИ Медицины труда и экологии человека (г Уфа).

Необходимо отметить, что среди 24 орфанных заболеваний, обеспечиваемых дорогостоящими лекарственными средствами за счет регионального бюджета 4 нозологии гематологические, из них уже получают лечение 9 пациентов с пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ) и 1-АГУС, 15 с иммунной тромбоцитопенией (ИТП), 3 с неуточненной апластической анемией. Конечно, потребность в препаратах удовлетворяется не в полном объеме, так в листе ожидания на получение экулизумаба стоят 2 пациента с ПНГ, у одного из них без патогенетического лечения в декабре 2015г развилось ОНМК. Более 15 пациентов с ИТП с критическим снижением тромбоцитов до 2-15 тыс. и

геморрагическим синдромом нуждаются в тромбоцитарных факторах роста. Совершенствование лекарственного обеспечения таргентными препаратами больных с орфанными заболеваниями будет осуществляться в 2016 г. по приказу МЗ РБ № 2694 Д от 09.2015 года [2].

Больные с острыми лейкозами получают полихимиотерапию (ПХТ) в условиях специализированных отделений по международным стандартам. Однако периодически бывают перебои с поставкой таких рутинных препаратов, как циклофосфан, алкеран, рубомицин, что не позволяет провести схему в полном объеме и получить желаемый эффект. Не всегда достаточно средств на препараты сопроводительной терапии: колониестимулирующие факторы, противовирусные, противогрибковые, эффективные антибактериальные средства. Необходимо шире внедрять лечение больных по ВМП. В течение года в отделениях получили лечение 1791 больных с гемобластозами.

Основная цель лечения ОГБ достижение хорошего качества жизни, полной цитогенетической и молекулярной ремиссии, длительной безрецидивной и общей выживаемости. Все это мы видим на примере наших пациентов, однако вынужденные перерывы в лечении, связанные с несвоевременным поступлением препаратов, в связи с аукционами и торгами, приводят к потере полученных с таким трудом и такой ценой результатов: заболевание рецидивирует, теряется ответ, быстрее формируется резистентность, что недопустимо при лечении ОГБ.

Заключение и выводы: С целью совершенствования лекарственного обеспечения и повышения эффективности терапии такого большого объема и многообразия онкогематологических больных необходимо:

1. Создать республиканский центр в РКБ им. Г.Г.Куватова согласно приказу № 390 от 2014г. с выделением ставки врача-гематолога для ведения регистров, проведения диагностики и мониторинга эффективности лечения больных. В год это около 3 тыс. пациентов.
2. Открытие в ГКБ №13 г Уфы дневного стационара для проведения лечения и мониторинга пациентов, не требующих круглосуточного наблюдения (согласно приказу МЗРФ №930)
3. Решить вопрос внедрения в ЛПУ РБ и оплаты необходимых исследований: цитогенетический, молекулярный анализ, иммунохимия, ПЦР и др.
4. Расширить, строго по показаниям, список онкогематологических больных резистентных к лечению в 1 линии и требующих перевода на 2 и 3 линии терапии.

5. Решить вопрос отказов введения препаратов получаемых по программе 7ВЗН по месту жительства. Обучить ответственных онкологов, терапевтов специализированных МРЦ на цикле ПК «избранные вопросы гематологии» (72 часа) ИДПО БГМУ.

6. Исключить перерывы в лечении и перебои в поставках ЛС ОГ больным, учитывая правила и технику проведения закупок (аукционов и торгов).

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 15 ноября 2012 г. N 930н "Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи населению по профилю «Гематология»"

2. Приказ МЗ РБ № 2694 Д от 2 сентября 2015 г. «Об оказании медицинской помощи гражданам Российской Федерации, проживающим в Республике Башкортостан, страдающим заболеваниями, включенными в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний»

3. Руковицин О.А. Гематология. Национальное руководство по гематологии. - М. ГОЭТАР. 2015. -785 с.

4. Ягудина Р.И., Королева Н.И. Редкие заболевания и орфанные лекарственные средства.

- М. ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. -776с.

УДК 616.24-002:519.237.5

Д.Н. Федорова

**АНАЛИЗ СВЯЗИ ЛИПОПОЛИСАХАРИД-СВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА С
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ЭТАПЕ ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР**

**Кафедра факультетской терапии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме: Проанализирована связь уровня липополисахарид-связывающего белка в сыворотке крови со стандартными клинико-диагностическими показателями и степенью риска развития осложнений и летального исхода по шкале M.J. Fine et al.

Ключевые слова: Внебольничная пневмония, липополисахарид-связывающий белок, регрессионный анализ.

D.N. Fedorova

**ANALYSIS OF COMMUNICATION LIPOPOLYSACCHARIDE BINDING
PROTEIN WITH THE CLINICAL AND DIAGNOSTIC INDICATORS DURATION OF
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE HOSPITAL**

Department of therapy, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: Analyzed the communication lipopolysaccharide binding protein with standard clinical and diagnostic indicators and the degree of the risk of complications and death on a scale M.J. Fine et al.

Keywords: community-acquired pneumonia, lipopolysaccharide binding protein, regression analysis.

Актуальность: Центральная роль в обеспечении взаимодействий бактериального липополисахарида с белками-рецепторами клеток врожденного иммунитета принадлежит липополисахарид-связывающему белку (ЛПСБ) [5]. ЛПСБ конститутивно присутствует в кровотоке здорового человека. Концентрация ЛПСБ в крови повышается с возрастом, особенно при избыточном весе, ожирении, метаболическом синдроме. Обнаружена отрицательная корреляция его уровня с липопротеинами высокой плотности. ЛПСБ предложен в качестве маркера эндотоксемии и тяжелой инфекции. Серийные измерения ЛПСБ наиболее точно прогнозируют исход сепсиса по сравнению с показателями по АРАСНЕ II, интерлейкином-6, С-реактивным белком и способствуют своевременному и адекватному выбору терапии [5]. Содержание ЛПСБ в сыворотке крови в норме составляет

5-10 мкг/мл и может значительно возрастать (приблизительно в 10 раз) при травмах, системной воспалительной реакции и сепсисе [1]. При уровне ЛПСБ в сыворотке крови, превышающем 335 мкг/мл, отмечается дисбаланс в системе про- и противовоспалительных цитокинов, что способствует генерализации инфекционного процесса и развитию сепсиса. Умеренное повышение уровня ЛПСБ, провоспалительных цитокинов и С-РБ способствует благоприятному течению системной воспалительной реакции [2]. Одним из состояний, характеризующимся повышением ЛПСБ и возможным развитием сепсиса в качестве осложнения является внебольничная пневмония (ВП) [3,4]. В литературе мало внимания уделено связи между ЛПСБ и другими клинико-диагностическими показателями. По данным М. Пруча с соавторами (Prucha M. et all) не выявлено никакой корреляции между ЛПСБ и прокальцитонином или С-РБ и сывороточные уровни ЛПСБ не коррелировали с баллами тяжести заболевания. А данные о связи ЛПСБ со стандартными клинико-диагностическими показателями, определяемыми на этапе поступления, в стационар отсутствуют.

Цель исследования: анализ связи ЛПСБ с клинико-диагностическими показателями состояния больных ВП на этапе поступления в стационар.

Материалы и методы: В исследовании проанализированы данные клинического обследования 10 больных ВП, проведенного за период с февраля по июнь 2014 г. Клиническое обследование и наблюдение осуществлялись на базе первого терапевтического отделения ГКБ №5 г. Уфы. В выборку вошли 6 мужчин и 4 женщины, возрастом от 44 до 77 лет (средний возраст 64 года), из них 3 человека с ВП средней степени тяжести, 4 - с тяжелой (2 находились в ОАР). Верификация основного диагноза проводилась с учетом практических рекомендаций МЗ РФ и Всероссийского научного общества пульмонологов [6]. Данные были использованы при добровольном согласии пациентов на участие в исследовании. Было проведено изучение жалоб, данных анамнеза и объективного обследования, включающего осмотр и аускультацию. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови проводились по общепринятым методикам. Исследование уровня ЛПСБ в сыворотке крови проводили в исследовательском центре «Лаборатория» г. Уфы с помощью коммерческого набора реагентов IMMULITE 2000 LBP методом иммуноферментного анализа на автоматическом анализаторе Immulite 200Xpi в соответствии с рекомендациями производителя. В качестве методов статистической обработки полученных данных использовались корреляционный и регрессионный анализы, выполненные в статистическом пакете «Statgraphics Centurion XV».

Результаты и обсуждение: Были определены значения уровня ЛПСБ в сыворотке крови пациентов на первый, третий и шестой день госпитализации. Данные по средним значениям ЛПСБ в соответствии со степенью тяжести ВП приведены в таблице 1.

Уровень ЛПСБ в сыворотке крови у больных средней и тяжелой степени ВП был близок к уровню ЛПСБ у больных с внебольничной пневмонией с тяжелым сепсисом [7]. В процессе стационарного лечения ВП от первого к шестому дню госпитализации уровень ЛПСБ повышается, при этом, при средней степени тяжести значительно сильнее, что, вероятно, связано с эффективностью антибактериальной терапии.

Таблица 1

Средние значения ЛПСБ в сыворотке крови на первый, третий и шестой день госпитализации больных со средней и тяжелой степенью тяжести внебольничной пневмонии

Анализ	День госпитализации	Степень тяжести ВП	
		средняя	тяжелая
ЛПСБ в сыворотке крови (мкг/мл)	1	36,61	40,05
	3	74,34	58,98
	6	110,07	75,68

Корреляционный анализ между уровнем ЛПСБ в сыворотке крови и данными анамнеза, объективного исследования, ОАК и биохимического анализа крови выявил наибольшую корреляцию с уровнем лейкоцитов крови (0,69), фибриногена (0,61), РФМК (0,77), глюкозы крови (0,78), креатинина (0,68), мочевины (0,69) на этапе госпитализации (табл. 2).

Таблица 2

Корреляция уровня ЛПСБ в сыворотке крови с лабораторными показателями на первый, третий и шестой день госпитализации с данными лабораторных исследований крови

Лабораторные признаки	ЛПСБ в сыворотке крови (мкг/мл)		
	День госпитализации		
	1	3	6
Лейкоциты	0,69	0,00	-0,17
СОЭ	-0,04	-0,40	-0,33
Эозинофилы	-0,05	0,37	-0,41
Палочкоядерные нейтрофилы	0,27	0,19	-0,19
Лимфоциты	-0,34	-0,06	0,10
Фибриноген	0,61	-0,03	-0,15
РФМК	0,77	0,75	-0,37
Глюкоза крови	0,78	0,11	-0,09
Креатинин	0,68	-0,03	-0,17
АЛТ	-0,51	-0,25	0,04
АСТ	-0,19	-0,38	-0,60

мочевина	0,69	-0,06	-0,17
----------	-------------	-------	-------

Также выявлена высокая корреляция (0,73) между уровнем ЛПСБ в момент поступления в стационар и степенью риска развития осложнений и летального исхода, рассчитанной по шкале M.J. Fine et al. (1997), основанной на совокупности наиболее информативных признаков с различным вкладом в оценку степени риска.

Для вышеперечисленных параметров, имеющих коэффициент корреляции с уровнем ЛПСБ более 0,69, был проведен регрессионный анализ зависимости содержания ЛПСБ в день поступления в стационар от этих параметров. Зависимость уровня ЛПСБ на этапе поступления в стационар от РФМК аппроксимируется нелинейной связью, что связано с небольшой выборкой и сильным отклонением в сторону занижения ЛПСБ у больного №14 из ОАР, особенностями которого является наличие токсической зернистости нейтрофилов, метамиелоцитов, сопутствующей энцефалопатии в анамнезе. При удалении из выборки данного больного, зависимость между ЛПСБ и РФМК становится линейной, $R^2=0,91$, и выражается формулой $ЛПСБ = 8,45676+4,94347*РФМК$. Аналогично, зависимость содержания в сыворотке крови ЛПСБ и уровня лейкоцитов крови без учета больного №16, у которого высокие значения ЛПСБ при нормальном уровне лейкоцитов (77 лет), имеет линейный характер и описывается формулой $ЛПСБ = 9,87401+2,47095*Л$, где Л – уровень лейкоцитов в крови, $R^2=0,91$. Возможно, отсутствие лейкоцитоза у больного связано с возрастными особенностями.

Заключение и выводы:

1. При поступлении в стационар уровень ЛПСБ в сыворотке крови у больных средней и тяжелой степени ВП пр вышал но р ум более чем в 4 раза и по вшался к 6 дню стационарного лечения. У больных средней степени тяжести этот показатель увеличивался значительно сильнее, что вероятно связано с большей эффективностью антибактериальной терапии.

2. Выявлена высокая положительная корреляция между уровнем содержания ЛПСБ в сыворотке крови и уровнем содержания в крови на стадии поступления в стационар лейкоцитов, фибриногена, РФМК, глюкозы, креатинина и мочевины, что подтверждает роль ЛПСБ в иммунном ответе организма на бактериальную инфекцию.

3. Связь между содержанием ЛПСБ в сыворотке крови и величиной отдельных параметров крови на этапе госпитализации может нарушаться при наличии у больных ВП некоторых сопутствующих заболеваний, таких как наличие токсической зернистости нейтрофилов, метамиелоцитов, сопутствующей энцефалопатии в анамнезе или отсутствием лейкоцитоза у больного, связанного с возрастными особенностями.

4. Выявлена корреляция между уровнем ЛПСБ в сыворотке крови при поступлении в стационар и классами риска по шкале M.J. Fine et al. (1997), что подтверждает перспективность его использования в медицинской практике.

Таким образом, ЛПСБ имеет высокую степень связи с рядом стандартных лабораторных показателей, определяемых на этапе поступления в стационар. Кроме того, уровень ЛПСБ в сыворотке крови находится в почти линейной зависимости от класса риска, а значит может использоваться для определения степени риска развития осложнений и летального исхода при поступлении больного в стационар. В дальнейшем данные могут быть уточнены путем увеличения объема выборки больных.

Литература

1. Вершинина М.Г., Кухтина Н.Б. ЛПС-связывающий белок как современный биологический маркер сепсиса // Медицинский алфавит. 2014. №22.
2. Жевлакова Ю.А. Клинико-патогенетические аспекты формирования синдрома системного воспалительного ответа у больных в критическом состоянии: Автореф. дис. ... степ. канд. мед. наук. Кемерово, 2011. 81 с.
3. Караулов А.В., Мавзютова Г.А., Фазлыева Р.М., Хайруллина Р.М., Мавзютов А.Р. Клинико-иммунологические особенности внебольничной пневмонии. Иммунокоррекция. Уфа: Мир печати. 2010. 184 с.
4. Мавзютова Г.А., Фазлыева Р.М., Мавзютов А.Р. и др. Состояние антиэндоксиновой защиты при внебольничной пневмонии//ЖМЭИ. 2010. № 4. С. 65-71.
5. Самуилова Д.Ш., Боровкова У.Л. Липополисахарид-связывающий белок: основные функции и клиническое значение // Физиология кровообращения, 2013. № 4.
6. Чучалин А. Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / М., 2010. 107 с.
7. Martino M.L., Krichevsky A., He S., Fine J., Angus D.C. Initial plasma levels of lipopolysaccharide binding protein are associated with severe sepsis in patients with communityacquired pneumonia // Critical Care. 2003. № 7.
8. Prucha M., Herold I., Zazula R., Dubska L., Dostal M., Hildebrand T., Hyanek J. Significance of lipopolysaccharide-binding protein (an acute phase protein) in monitoring critically ill patients // Critical Care December. 2003. Vol 7, № 6.

УДК 616.61-002.151-022:578.833.29:07:616.1

Л.З. Аюпова

**ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК И
НЕКОТОРЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ
СИНДРОМОМ**

**Кафедра факультетской терапии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)- вирус-индуцированное заболевание почек, характеризующееся функциональными нарушениями почек, глубокими нарушениями гемостаза и фибринолиза. Проанализированы исходы ГЛПС у 57 реконвалесцентов с тяжелым и среднетяжелым течением, дана оценка состояния функции почек. Установлена возможность развития хронической болезни почек, гемодинамических нарушений у перенесших ГЛПС, что свидетельствует о необходимости диспансерного наблюдения и повышения эффективности поликлинического этапа восстановительного лечения.

Ключевые слова. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, отдельные гемодинамические показатели, реконвалесценты, лабораторные показатели функциональных нарушений почек и гемодинамики, диспансерное наблюдение.

L.Z. Ayupova

**FEATURES OF FUNCTIONAL DISORDERS OF THE KIDNEYS AND SOME
HEMODYNAMIC PARAMETERS IN PATIENTS UNDERGOING HEMORRHAGIC
FEVER WITH RENAL SYNDROME.**

Department of Therapy, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. Hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) virus-induced kidney disease characterized by functional impairment of the kidneys, impaired hemostasis and fibrinolysis. We analyzed the outcomes of HFRS in 57 patients with severe and moderate course, the evaluation of the status of kidney function. The possibility of development of chronic kidney disease, hemodynamic disorders in survivors of HFRS, indicating the need for follow-up care and increase the efficiency of polyclinic stage restorative treatment.

Key words. hemorrhagic fever with renal syndrome, kidneys.

Актуальность: в Российской Федерации самым активным очагом заболевания является Республика Башкортостан (РБ), вызываемым вирусами Хантаан и Пуумала.[3,5] Заболевание поражает наиболее активную часть населения, характеризуется тяжелым течением, длительной (1-1,5 месяца) утратой трудоспособности, постепенным, а иногда и неполным восстановлением нарушенных функций. Среди заболевших подавляющее большинство составляют горожане, причем процент их растет в последние годы, что можно объяснить наличием природных очагов непосредственно на территории и в ближайших окрестностях Уфы и других городов республики [1,2,4]. Выраженный полиморфизм симптоматики, многообразие вариантов течения, широкий диапазон клинических форм, наличие разнообразных фоновых заболеваний, отсутствие специфической диагностики обуславливают трудности в диагностике ГЛПС как на догоспитальном этапе, так и в стационаре и приводит к более поздней госпитализации больных и ухудшению прогноза болезни[1,6,7]. В клинике типичной ГЛПС выделяются следующие периоды: инкубационный, начальный или доолигурический, полиурический и реконвалесценции. После выписки из стационара перенесший ГЛПС должен находиться под диспансерным наблюдением участкового врача или инфекциониста, которое осуществляется по следующей схеме: первый месяц после выписки- 1 раз в 10 дней, в течение первого квартала после выписки из стационара-ежемесячно; в течение 1 года – 1 раз в 3 месяца. Снятие с диспансерного учета рекомендуется через 5 лет. Тяжесть клинического течения с развитием серьезных осложнений и отсутствие тенденции к снижению заболеваемости определяет актуальность дальнейшего изучения проблемы.

Цель исследования

Целью нашего исследования явилась оценка функционального состояния почек и отдельных гемодинамических показателей у больных, перенесших ГЛПС в зависимости от срока и тяжести перенесенного заболевания.

Материалы и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 57 медицинских карт больных, перенесших ГЛПС и пролеченных в стационаре 5 городской клинической больницы г. Уфы и наблюдавшихся затем в поликлинике в период реабилитации с 2009 по 2014г.г. В зависимости от давности перенесенного заболевания реконвалесценты были разделены на три группы. Первую группу составили 22 пациента, переболевших ГЛПС 1,5-2 месяца назад; вторую-18 человек в сроки 1,5-2 года; в 3-ю группу вошли 17 пациентов, переболевших 2 и более лет назад. Среди обследованных преобладали пациенты в возрасте 20-40 лет, то есть лица преимущественно трудоспособного возраста; из них мужчин-83%, женщин-19%. Тяжелую форму болезни перенесли 20 человек, среднетяжелую-37. Клинически группы

однородны по возрасту, полу и статистически были сравнимыми. Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы регистрировались в основном у больных перенесших среднетяжелую и тяжелую форму заболевания. Среди предъявляемых жалоб наиболее частые были одышка, неинтенсивные боли в области сердца, временами «перебои» и подъемы артериального давления. Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы у реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС проводилось ЭКГ исследование в динамике и ЭХО-кардиография: определение минутного объема (МО), ударного объема(УО), фракция выброса(ФВ), конечного систолического размера(КСР).

В периоде реконвалесценции почечный синдром перенесших ГЛПС остается одним из ведущих [5]. По нашим данным, которые согласуются с литературными пояснично-болевым синдромом сохранялся у 13 % переболевших, в течение длительного времени у них регистрировались патологические изменения со стороны почек: снижение удельного веса мочи, никтурия, жажда. У 95% больных перенесших ГЛПС среднетяжелой и тяжелой формой отмечались выраженные ноющие боли в области поясницы. Реконвалесценты приглашались на амбулаторное обследование, которое включало в себя: общий анализ крови, биохимический анализ крови (билирубин, общий белок плазмы крови, креатинин, мочевины, электролиты плазмы), общий анализ мочи, по Нечипоренко, по Земницкому . Функциональное состояние почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), УЗИ почек, ренографии.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа установлено, что у реконвалесцентов ГЛПС, среднетяжелой и тяжелой формой сохранялись гемодинамические нарушения и признаки хронической болезни почек в сроки от 3 месяцев до 2 лет. Нами было выявлено, что у больных в течение первого года диспансерного наблюдения отмечались боли в поясничном отделе, гипоизостенурия, лейкоцитурия, формирование хронического пиелонефрита у 16% пациентов, временами незначительный подъем температуры. У 77% пациентов регистрировался астенический синдром, который сохранялся более полугода, а у 25% до 2,5 лет. У 23% пациентов отмечалось уменьшение клиренса экскретируемой фракции мочевой кислоты с развитием гипоизостенурии (удельный вес 1002-1005). В первые 1-3 месяца после ГЛПС у 43 % отмечено снижение функционального резерва почек, через год и более - у 12% переболевших. При исследовании общего анализа мочи выявлено: протеинурия (у 8 % больных), низкий удельный вес, единичные эритроциты и зернистые цилиндры. Снижение суточного диуреза было отмечено у 20% пациентов первой группы с тяжелой и среднетяжелой формами ГЛПС. У 20 % пациентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС 1,5-2 месяца назад, зафиксирован повышенный уровень креатинина в сыворотке крови.

Для объективной оценки состояния почек у реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС, которые медленнее восстанавливались после проведенного стационарного лечения проводилась изотопная ренография: при этом, у 5 % пациентов отмечено снижение выделительной фазы, что указывает на медленное восстановление функции почек. По данным УЗИ почек в первые 3 месяца – перенесших ГЛПС отмечалось увеличение толщины паренхимы и повышение эхогенности коры. У 32% реконвалесцентов в пирамидах почек обнаруживались характерные для перенесенной ГЛПС эхоплотные очаги овальной формы, деформация чашечно-лоханочной системы. Полученные данные можно интерпретировать как проявления хронического пиелонефрита, который не является прямым следствием ГЛПС, а обусловлен наслоением инфекционного воспаления на поврежденную тубуло-интерстициальную ткань. На ренограммах наблюдалась удлинение сосудисто-канальцевого компонента и времени половинного выведения тест-агента.

Проведенные исследования гемодинамических нарушений выявили зависимость их от времени и тяжести возникновения ГЛПС. Состояние реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС характеризовалось увеличением сердечного выброса, объема циркулирующей крови (ОЦК) и снижением УО. По результатам ЭХО-кардиографии выявлено, что у реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС, показатели УО, МО, ФВ оставались сниженными в течение 1,5-2 лет. Относительно КСР нами были получены данные, показавшие отсутствие различий по тяжести заболевания ($p < 0,05$).

По данным ЭКГ у 19% перенесших ГЛПС сохранилась перегрузка правых отделов сердца, отклонения ЭОС вправо; у 24% реконвалесцентов зарегистрирована артериальная гипертензия, которая сохранялась в течение года.

Заключение

Таким образом, у реконвалесцентов ГЛПС среднетяжелой и тяжелой формой сохранялось снижение показателей центральной гемодинамики на фоне повышенного артериального давления и миокардиодистрофических изменений.

Длительность восстановления нарушенных функций почек колеблется от 3 месяцев до 1,5-2 лет. После выписки из стационара все пациенты, перенесшие ГЛПС с тяжелым течением заболевания подлежат длительному диспансерному наблюдению.

Литература

1. Валишин Д. А. Иммунологические и патоморфологические аспекты патогенеза геморрагической лихорадки с почечным синдромом. / Валишин Д. А., Рабинович В.И., Мурзабаева Р.Т., Мамон А.П., Мурзагалева Л.В., Матвеева И.Б. // Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: история изучения и современное состояние

эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. -Уфа, 2006.-С.58-64.

2. Ибрагимова Л.А. Особенности гемодинамики и реологии крови при геморрагической лихорадке с почечным синдромом. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Уфа, 2003. -42с.

3. Мурзабаева Р.Т. Патогенетические аспекты геморрагической лихорадки с почечным синдромом / Р.Т. Мурзабаева, Д.А. Валишин, В.И. Рабинович, И.Б. Матвеева, А.П. Мамон, В.В. Малеев, Л.Г. Мирзагалеева // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. -№2.-С. 19-26.

4. Мухетдинова Г.А., Казихинуров А.А., Борис Г.Д., Артамонова И.В. Оценка роли С-реактивного белка при геморрагической лихорадке с почечным синдромом // Современные проблемы науки и образования.-2012. - №2; [URL:www.science-education.ru/102;5749]

5. Фазлыева Р.М., Мухетдинова Г.А., Борис Г.Д. Риск формирования хронической болезни почек у реконвалесцентов геморрагической лихорадки с почечным синдромом // VII съезд научного общества нефрологов России. – Москва, 2010. – С. 124-126.

6. Zier M. Hantavirus infection presenting as acute renal failure / V. Zier // Lancet. 2012.Vol.336.-N8728.-P1441-1442.

7. N. Navarro, M. Prigent, I. Legium. Study of human erythrocyte membrane protein infraction by selective solubilation of Triton- Skeletons // 2010.-P.33-38.

УДК 616.131

Н.Н. Сухарева, А.А. Рысаева, Э.Б. Шерубаева, М.Ш. Алханова
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №21
ЗА 2015 ГОД

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: В данном исследовании анализируются случаи тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) по данным 700 протоколов аутопсий патологоанатомического отделения ГБУЗ РБ «ГКБ №21» за 2015 год. В результате исследования выявлены следующие данные: всего 66 случаев ТЭЛА, рассмотрены 63 (в виду недостатка данных для анализа 3 случая ТЭЛА не рассматривались); подтверждено на аутопсии 20 случаев ТЭЛА; из них 18 - явились причиной смерти; в 9 случаях – имеет место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов; установлены также 43 случая гипердиагностики, когда ТЭЛА указана в клиническом диагнозе, но не была подтверждена на аутопсии.

Ключевые слова: протокол аутопсии, тромбоэмболия легочной артерии, факторы риска.

N.N. Sukhareva, A.A.Rysaeva, M.S. Alhanova, E.B. Sherubayeva.
ANALYSIS OF CASES OF PULMONARY EMBOLISM
ACCORDING MORBID ANATOMY DEPARTMENT
CITY CLINICAL HOSPITAL №21
FOR 2015

Department of internal diseases
Bashkir state medical university, Ufa

Resume: This study analyzes the cases of pulmonary embolism (PE) according to the 700 post-mortem autopsy protocols department State Budgetary Health Care Institution "Sity Klinical Hospital №21» in 2015. As a result of the study revealed the following data: only 66 cases of pulmonary embolism, are considered 63(due to lack of data for analysis3 cases of PE were not considered); 20 cases of pulmonary embolism confirmed at autopsy; 18 of them - were the cause of death; in 9 cases - there is a discrepancy between clinical and postmortem diagnoses; set as 43 cases of overdiagnosis, when PE is listed in the clinical diagnosis, but has not been confirmed at autopsy.

Key words: autopsy protocol, pulmonary embolism risk factors.

Актуальность исследования: Развитие ТЭЛА одно из самых распространенных и грозных осложнений многих заболеваний. Актуальность проблемы определяется множественными причинами, среди которых основные: тяжесть заболевания, высокая летальность и несвоевременная диагностика. Наиболее распространенными причинами развития ТЭЛА остаются кардиологические заболевания ишемическая болезнь сердца (ИБС), а так же опухолевые процессы любой локализации. Это лишний раз доказывает сложность диагностики ТЭЛА и указывает на необходимость более тщательного исследования данной проблемы и оценки факторов риска ТЭЛА.

Цель исследования. Изучить клинические и патоморфологические особенности ТЭЛА по данным патологоанатомического отделения ГКБ №21.

Задачи 1. Оценить фатальные случаи ТЭЛА с позиции гиподиагностики (расхождения клинического диагноза и данных аутопсии), адекватной диагностики (соответствия клинического и патологоанатомического диагнозов) и гипердиагностики ТЭЛА (наличия ТЭЛА в клиническом и отсутствие в патологоанатомическом диагнозе). 2. Провести сравнительную оценку клинического прогноза вероятности ТЭЛА в группах подтвержденной ТЭЛА и в группе гипердиагностики.

Материалы и методы исследования: Дизайн исследования: ретроспективное исследование случаев ТЭЛА по данным патологоанатомического отделения ГКБ №21. Материалы исследования: источник данных 700 протоколов аутопсии патологоанатомического отделения ГКБ №21 за 2015 г.; количество исследуемых случаев ТЭЛА (в клинических и /или патологоанатомических диагнозах) – 63; мужчины – 40 чел.; женщины – 23 чел.; средний возраст – 65 лет (от 38 до 84 лет). Методы исследования: данные демографии; клинический и патологоанатомический диагноз ТЭЛА; оценка вероятности ТЭЛА по Женевской шкале (G.LeGal с соавт., 2006 г.) [4].

Результаты и обсуждение: Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – это окклюзия главного ствола легочной артерии или ее ветвей различного калибра тромбом, первично образовавшимся в венах большого круга кровообращения либо в правых полостях сердца и принесенным в сосудистое русло легких током крови. Актуальность проблемы ТЭЛА обусловлена: тяжестью течения заболевания, высокой летальностью, трудностями своевременной диагностики этого осложнения из-за полиморфизма развивающихся клинических синдромов. Точные статистические данные по заболеваемости и смертности от ТЭЛА на сегодняшний день неизвестны. Практическая значимость проблемы ТЭЛА определяется нарастанием частоты легочных эмболий при самых разнообразных заболеваниях; значительным увеличением частоты послеоперационных и

посттравматических эмболий, чаще возникающих при сложных хирургических вмешательствах; тем обстоятельством, что ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти в высокоразвитых странах, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным образованиям

Полиморфизм клинической картины заставляет усложнить как диагностику, так и проведение своевременного лечения. Так, например, при молниеносном развитии течения массивной ТЭЛА гибель пациента составляет 100%; отсроченная массивная ТЭЛА предоставляется высокой летальностью (80-85%) в течение 24 часов от начала заболевания; а при тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии летальность практически минимальная. Можно сказать, что ТЭЛА встречается довольно часто, но, к сожалению, она не всегда вовремя диагностируется и обнаруживается лишь на вскрытии. Это лишний раз доказывает сложность диагностики ТЭЛА. Тромбоэмболия может возникнуть у любого возраста пациентов, конечно, среди большинства преобладают пожилые люди, но также можно отметить и случаи развития ТЭЛА у новорожденных. Поэтому можно с уверенностью сказать, что с ТЭЛА может столкнуться любой врач.

Факторы риска венозного тромбоэмболизма, и ТЭЛА, в частности, многообразны. Их можно разделить на первичные (генетически заложенные), вторичные (приобретенные при определенной патологии или ее осложнениях) и вероятные.

В данном исследовании был проведен анализ случаев ТЭЛА по данным патологоанатомического отделения ГБУЗ РБ ГKB №21 за 2015 год. Из 700 изученных протоколов было выявлено в общей сложности 66 случаев ТЭЛА, рассмотрены 63 (в виду недостатка данных для анализа 3 случая ТЭЛА не рассматривались). Из всех, проведенных патологоанатомическим отделением за 2015 год аутопсий, выявленные случаи ТЭЛА составляют 9%. Доля всех подтвержденных случаев ТЭЛА от всех рассмотренных составляет – 31,7%.

Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов выявлено в 11 (17,5%), гипердиагностика ТЭЛА (наличие ТЭЛА в клиническом и отсутствие в патологоанатомическом диагнозе) - в 43 (68,2%) и гиподиагностика ТЭЛА (отсутствие ТЭЛА в структуре клинического диагноза и выявление ТЭЛА при аутопсии) в 9 (14,3%) случаях.

Среди случаев, подтвержденных на аутопсии структура основных заболеваний была следующая: ИБС – 54,5%, злокачественные новообразования – 18,2%, пневмония – 9,1%, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 9,1%, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 9,1%. В случаях гипердиагностики (наличия ТЭЛА в клиническом и отсутствие в патологоанатомическом диагнозе) структура основных заболеваний была следующая: ИБС – 74,4%, злокачественные новообразования – 6,97%,

пневмония – 6,97%, другое – 6,97%, ХОБЛ – 4,65%. В случае гиподиагностики (отсутствие ТЭЛА в структуре клинического диагноза и выявление ТЭЛА при аутопсии) структура основных заболеваний представлена: ИБС – 55,6%, пневмония – 22,2%, ОНМК – 11,1%, ХОБЛ – 11,1%.

В группах случаев гипердиагностики (наличия ТЭЛА в клиническом и отсутствие в патологоанатомическом диагнозе) и установленных случаев ТЭЛА (отсутствие ТЭЛА в структуре клинического диагноза и выявление ТЭЛА при аутопсии) проведена оценка клинической вероятности по пересмотренной Женевской шкале (G.LeGal с соавт., 2006 г.).

Среди всех случаев ТЭЛА, подтвержденных на аутопсии, высокую клиническую вероятность имели – 22,2%, среднюю – 44,4% и низкую – 33,3%. Среди всех случаев гипердиагностики высокую клиническую вероятность имели – 5,3%, среднюю – 63,2% и низкую – 31,6%.

По количеству между средним и высоким риском имеются статистические различия. В группе гипердиагностики значительно преобладала группа со средней клинической вероятностью. А в группе с установленным случаем ТЭЛА по данным аутопсии – группа с высокой вероятностью ТЭЛА.

Заключение и выводы. Распространенность ТЭЛА по данным аутопсии среди всех аутопсий проведенных за 2015 г. патологоанатомическим отделением ГКБ №21 составила - 9%. Среди всех случаев с указанием на ТЭЛА гипердиагностика составила – 68,2%, адекватной диагностика – 17,5% и гиподиагностика – 14,3%. Среди всех случаев ТЭЛА подтвержденных на аутопсии высокую клиническую вероятность имели – 22,2%, среднюю – 44,4% и низкую – 33,3%. Среди всех случаев гипердиагностики высокую клиническую вероятность имели – 5,3%, среднюю – 63,2% и низкую – 31,6%.

По количеству между средним высоким риском имеются статистические различия. В группе гипердиагностики значительно преобладала группа со средней клинической вероятностью. А в группе с установленным случаем ТЭЛА по данным аутопсии – группа с высокой вероятностью ТЭЛА.

По количеству между средним высоким риском имеются статистические различия. В группе гипердиагностики значительно преобладала группа со средней клинической вероятностью. А в группе с установленным случаем ТЭЛА по данным аутопсии – группа с высокой вероятностью ТЭЛА. Возможно, значительная доля пациентов с установленной низкой клинической вероятностью ТЭЛА связана с неполным клиническим описанием и соответственно заниженной оценкой по Женевской шкале [4].

Для повышения точности диагностики и прогнозирования ТЭЛА следует внедрять проблемно-ориентированные описания пациента, в частности – одностороннюю боль в ноге,

ассимметричный отек нижних конечностей, болезненность при пальпации по ходу вен, кровохарканье, тромбозы главных вен, возраст, онкологические заболевания в анамнезе и др.

Литература

1. Беликов, Л.Н. Сравнительный анализ результатов патологоанатомического вскрытия и прижизненной диагностики тромбоэмболии легочной артерии у больных хирургического профиля / Л.Н. Беликов, Б.С. Суковатых, М.В. Шестакова // *Фундаментальные исследования*. – 2004. – № 2. – С. 41–42.

2. Гиляревский, С.Р. Современные подходы к диагностике и лечению эмболии легочной артерии: основные положения европейских клинических рекомендаций по диагностике и лечению тромбоэмболии легочной артерии. Часть I. Подходы к диагностике эмболии легочной артерии / С.Р. Гиляревский // *Сердце*. – 2009. – № 5. – С. 270–289.

3. Протоколы аутопсий патологоанатомического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №21 за 2015 год // Архив патологоанатомического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №21.

4. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2008 Sep;29(18):2276-315. –Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18757870?ordinalpos=1&i>

[tool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18757870?ordinalpos=1&i) и <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-pulmonary-embolism.aspx>

УДК 615.246:616.248

У.Р. Сагинбаев

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХЕМИЛЮМИНОМЕРА ХЛ - 003 В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Представлены результаты клинического использования прибора ХЕМИЛЮМИНОМЕР ХЛ 003, являющегося итогом творческой совместной деятельности Межвузовской лаборатории, организованной на базе Уфимского государственного авиационного технического и Башкирского государственного медицинского университетов. Инновационный прибор создан для регистрации хемилюминесценции (ХЛ) - свечения, которое возникает при химических и биохимических реакциях, биологических процессах, протекающих с образованием свободных радикалов, и был использован для диагностики изменений биохимических процессов при различных заболеваниях внутренних органов.

Ключевые слова: хемилюминомер, свободно-радикальное окисление, свободные радикалы.

W.R. Saginbaev

THE USE OF CHEMILUMINOMETER CL – 003 IN CLINICAL PRACTICE

The Department of propedeutics of internal diseases Bashkir state medical University, Ufa

Abstract. The experience of the clinical use of the device chemilumino meter CL 003, which is the result of creative activity of the joint Inter University laboratory organized on the basis of Ufa state aviation technical and Bashkir state medical University. An innovative device created to record chemiluminescence (CL) is luminescence that occurs during chemical and biochemical reactions, biological processes, proceeding with the formation of free radicals chemical processes in diseases of the internal organs.

Keywords; chemiluminometer, free radical oxidation, free radicals.

Актуальность: Современный этап развития медицины характеризуется широким внедрением в клиническую практику передовых технологий, в том числе биофизических методов исследования биологических процессов [3].

Развитием данного направления научных исследований явился созданный сотрудниками Межвузовской лаборатории, организованной на базе Уфимского государственного авиационного технического и Башкирского государственного медицинского университетов, прибор ХЕМИЛЮМИНОМЕР ХЛ - 003. Основное его

предназначение – регистрация и анализ параметров хемилюминесценции, свечения, возникающего при химических и биохимических реакциях, биологических процессах, сопровождающихся образованием активных частиц – свободных радикалов [2].

Хемилюминомер ХЛ – 003 , созданный для регистрации хемилюминесценции в отличие от других способов, отвечает требованиям экспресс анализа, экономичен, выявляет даже нестабильные радикалы.

Свободные радикалы выполняют ряд жизненно важных функций в организме, однако избыточное их накопление вызывает преждевременное старение, является причиной развития многих распространенных заболеваний, ведущих к инвалидизации и смертности людей. В этой связи изучение, своевременное выявление нарушений свободно-радикального окисления и коррекция имеет научное и практическое значение, в частности, позволяет: - уточнить механизмы метаболических, физиологических и патологических процессов в организме;

- изучить влияние медикаментозных, экологических и других воздействий на жизненно важные функции;

- проводить раннюю диагностику заболеваний.

Свободно-радикальное окисление (СРО) лежит в основе многих жизненно важных физиологических и метаболических процессов. Известно множество окислительно-восстановительных реакций, в ходе которых образуются различные виды свободных радикалов [1].

Перспективным способом изучения процессов свободно-радикального окисления является регистрация хемилюминесценции – свечения, возникающего при взаимодействии свободных радикалов. Существуют различные подходы и методы исследования хемилюминесценции биологического материала. Наиболее широкое распространение нашли измерение люминолзависимого свечения и хемилюминесценции, развивающейся в присутствии ионов двухвалентного железа [2].

Цель исследования: Целью настоящего исследования было применение в экспериментальных и клинических условиях прибора ХЛ - 003 для регистрации хемилюминесценции (ХЛ) - свечения, возникающего при химических и биохимических реакциях, биологических процессах, протекающих с образованием свободных радикалов (свободно-радикальное окисление).

Материалы и методы: Несмотря на широкий арсенал различных способов, позволяющих проводить количественный и качественный анализ свободных радикалов в простых объектах, большая их часть оказалась малоприменимой в клинических условиях, ибо не полностью

отвечает перечисленным требованиям. Можно непосредственно обнаружить наличие радикалов с помощью физических методов исследования. К ним, например, относится электронный парамагнитный резонанс, основанный на измерении магнитного момента свободных радикалов. Получить представление о процессах СРО удастся и по косвенным признакам: измеряя концентрацию начальных, промежуточных и конечных продуктов, участвующих в реакциях.

Перспективным методом исследования СРО является метод изучения сверхслабого свечения, хемилюминесценции (ХЛ), биологических жидкостей и клеток, возникающего при взаимодействии свободных радикалов. Хемилюминесценция позволяет определять состояние, кинетику и отдельные показатели одного из важнейших патогенетических механизмов возникновения и развития многих заболеваний – свободно-радикального окисления [3].

Результаты и обсуждение: Под наблюдением находилось 22 больных, из которых у 10 был диагностирован хронический обструктивный бронхит и у 12 бронхиальная астма различных форм, поступивших на стационарное лечение в связи с обострением заболевания. Контрольная группа состояла из 24 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу с группами больных. Клинически у всех больных исходно преобладали явления обструктивного синдрома и дыхательной недостаточности. Интенсивность СРО оценивали используя метод регистрации железоиндуцированной хемилюминесценции (ХЛ) сыворотки крови, а также определяли показатели функции внешнего дыхания, состояние гемореологии, иммунный статус, содержание средних молекул - маркеров эндогенной токсемии в крови.

При исследовании ХЛ в контрольной группе отмечалось однородное распределение показателей светосуммы, свидетельствующее об однотипной интенсивности протекания процессов СРО. В противоположность этому при исследовании ХЛ больные распределялись на две группы. У первой - выявлялись сниженные показатели ХЛ, отражающие угнетение процессов СРО, а во второй же наоборот, свечение характеризовалось высокими показателями СРО. На фоне проводимого лечения в обеих группах происходила нормализация активности СРО. В группах больных с низкими значениями отмечалось увеличение процессов СРО и наоборот у больных с высокими показателями – снижение (1). Нормализация интенсивности СРО у больных на фоне ПА происходила на фоне отчетливого терапевтического эффекта, заключающегося в улучшение клинического состояния больных.

Заключение и выводы:

1. Прибор ХЕМИЛЮМИНОМЕР ХЛ – 003 позволяет регистрировать
2. хемилюминесценцию, возникающую при биохимических реакциях,

3. сопровождающихся образованием активных частиц – свободных радикалов.
4. Мониторирование динамики изменения интенсивности свободнорадикального
5. окисления является неспецифической реакцией, которая позволяет на ранних стадиях выявить нарушения анти- и прооксидантных процессов с тем, чтобы своевременно корректировать тактику лечения.

Литература

1. Соодаева С. К. Свободнорадикальные механизмы повреждения при болезнях органов дыхания. // Пульмонология.- 2012.- № 1.- С. 5 – 10.
2. Фархутдинов Р.Р., Лиховских В.А. Хемилюминесцентные методы исследования свободно-радикального окисления в биологии и медицине.–Уфа, 1995.–90 с.
3. Фархутдинов Р. Р. Свободнорадикальное окисление мифы и реальность (Избранные лекции).// Медицинский Вестник Башкортостана. – 2006. - № 1. – С. 146 – 152.

УДК 612.392.69

Р.И. Нуртдинова, А.Т. Ишметова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА И
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ И
СТУДЕНТОВ**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: в работе представлена сравнительная характеристика факторов риска и клинических проявлений дефицита магния у школьников 8-11 классов и студентов 3 курса

Ключевые слова: магний, факторы риска, клинические симптомы, школьники, студенты.

R.I. Nurtdinova, A.T. Ishmetova

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF RISK FACTORS AND CLINICAL
MANIFESTATIONS OF MAGNESIUM DEFICIENCY IN SCHOOLCHILDREN AND
STUDENTS**

Department of propaedeutics of internal diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: this paper presents comparative characteristics of risk factors and clinical manifestations of magnesium deficiency in schoolchildren of 8-11 classes and students of the 3rd course

Keywords: magnesium, risk factors, clinical symptoms, schoolchildren, students.

Актуальность: Дефицит магния – полиэтиологичное заболевание [2], обусловленное воздействием разнообразных факторов риска, к которым относятся повышенная психическая нагрузка (стресс), неправильное питание (всухомятку или fast-food), физическое переутомление, недостаток свежих овощей и фруктов в рационе, чрезмерное употребление кофе, алкоголя, курение [1,3].

Недостаточность магния проявляется в первую очередь нарушениями со стороны нервной системы – раздражительность, нарушение сна, головокружение, быстрая утомляемость, мышечные судороги, ухудшение внимания и памяти и др.

Проблема дефицита магния в организме человека с каждым днем становится все более актуальной, ведь этот микроэлемент участвует в большом количестве физиологических процессов и биохимических реакциях: нервно-мышечная проводимость, сократимость миокарда, синтез стероидных гормонов и нейропептидов в головном мозге и др [1].

Физиологический гомеостаз магния является обязательным условием здоровья человека. По данным статистики каждый третий россиянин регулярно недополучает треть суточной нормы. А исследования заокеанских ученых показывают, что почти 72% американцев имеют в своем организме недостаточное количество магния [4]. В связи с этим дефицит магния важно вовремя диагностировать, чтобы не допустить опасных последствий.

Цель исследования: изучение факторов риска и клинических проявлений дефицита магния у школьников и студентов, их сравнительная характеристика.

Материалы и методы. С помощью теста для предварительной диагностики дефицита магния, разработанного и апробированного РСЦ Института Микроэлементов ЮНЕСКО. Всего в исследовании участвовало 131 человек: 60 студентов 3 курса БГМУ и 71 ученик 8 класса Аксаковской гимназии. По половому составу в группе студентов: 44 женщины (73,34%) и 16 мужчин (26,66%). Средний возраст студентов составил $19,8 \pm 0,3$ лет. В группе школьников: 40 девушек (56,3%) и 31 юноша (43,7%), средний возраст 16 ± 2 года. Перед анкетированием у всех респондентов взято согласие на его проведение. Анкета включает 34 вопроса, направленных на выявление факторов риска и ведущих клинических симптомов ДМ. Ряд вопросов анкеты, помимо положительного или отрицательного ответа, предлагает его вариативность, уточняющую частоту воздействия фактора риска или частоту развития клинического симптома (термин «эпизодически» означает 1 раз в 1-2 недели, «регулярно» - ежедневно или через 1-2 дня). Ответы оцениваются в соответствующих баллах и подсчитывается суммарный балл. Имеется 5 бальных градаций: 0-9 баллов – «нет ДМ», 10-19 баллов – «группа риска по ДМ», 20-29 баллов – «низкий ДМ», 30-39 баллов – «умеренный ДМ», 40-56 баллов – «выраженный ДМ». Время исследования – вторая-третья декады февраля (начало семестра учебного года).

Результаты и обсуждение: анализ результатов анкетирования выявил, что все опрошиваемые школьники находятся в группе риска (интервал от 10 до 19 баллов), тогда как у 7 (11,66%) студентов нет признаков дефицита магния, 35 (58,33%) студентов входят в группу риска и у 18 (30%) - низкий риск дефицита магния. Средний балл в группе риска студентов составил у мужчин 11,42, у женщин – 14,35, в группе школьников - 12,5 и 16,1 соответственно. В группе студентов также рассчитан средний балл низкого дефицита магния – 24,33 у мужчин и 20,16 у женщин.

По результатам исследования в группе студентов выявлены следующие факторы риска дефицита магния: повышенная психическая нагрузка (стресс) – в 98,11% случаев, питание всухомятку или fast-food – в 90,56%, физическое переутомление – в 86,8%, недостаток свежих овощей и фруктов в рационе – в 73,58%, чрезмерное употребление кофе – в 49,05%, чрезмерное потребление алкоголя – в 37,73%, курение – в 16,98%. Причем женщины

оказались более привержены питанию всухомятку и чаще отмечали недостаток свежих овощей и фруктов в рационе, а мужчины – привычку к курению. Частота стрессов, физического переутомления, чрезмерного употребления кофе у лиц обоего пола была примерно одинаковой.

В группе школьников наиболее значимыми факторами риска развития дефицита магния среди юношей являются физическое переутомление (90,3%) и питание всухомятку (71%), среди девушек – психоэмоциональное перенапряжение (97,5%) и физическое переутомление (95%), более 50% из опрошенных учеников злоупотребляют кофе.

Из клинических симптомов дефицита магния в группе студентов наиболее часто встречались: раздражительность (92,45%), головные боли (86,8%), ощущение «разбитости» после сна (81,13%), ощущение «холодных рук и ног» (67,92%), головокружение (64,15%), быстрая утомляемость (60,37%), периодические сердцебиения (54,7%), ощущение нехватки воздуха (54,7%), периодическое ощущение тревоги (50,94%), тики в области глаз (50,94%), бессонница (49,05%). Клинические проявления в группе студентов с низким дефицитом магния более выражены по сравнению с группой риска, у женщин – более выраженные по сравнению с мужчинами. В структуре клинических проявлений дефицита магния в группе школьников среди юношей и девушек отличается. Примерно 75% юношей предъявляют жалобы на раздражительность и быструю утомляемость, 58% юношей – ощущение «разбитости» после сна. Практически все девушки отмечают раздражительность, более 80% из них – головные боли, ощущение «разбитости» после сна и быструю утомляемость. Также у 45% юношей отмечается бессонница и у 65% девушек – периодическое ощущение тревоги и ощущение холодных рук и ног.

Заключение и выводы: проведение теста для предварительной диагностики недостаточности магния среди студентов и школьников в зимнее время года показало, что все ученики гимназии входят в группу риска по дефициту магния, более половины студентов составляют группу риска, у трети имеются признаки низкого дефицита магния. Наиболее значимы факторами риска дефицита магния для студентов и школьников являются повышенная психическая нагрузка, питание всухомятку, физическое переутомление, недостаток свежих овощей и фруктов в рационе. Начальные клинические проявления дефицита магния в обеих группах имеют сходства и различия. У студентов значительное место занимают: раздражительность, головные боли и ощущение «разбитости» после сна, тогда как у школьников к симптомам проявления недостаточности магния прибавляется быстрая утомляемость. Клиника дефицита магния более выражена у лиц женского пола в обеих группах.

Проведение теста для предварительной диагностики недостаточности магния оправданно и может проводиться широкомасштабно в качестве скрининг – теста. Целесообразно рекомендовать студентам и школьникам профилактических курсов пероральными препаратами магния в период экзаменов с целью предупреждения развития дефицита магния.

Литература

1. Громова, О.А. физиологическая роль и значение магния в терапии / О.А. Громова // Терапт. арх. – 2004. - №10. – с. 58-62.
2. Международная классификация болезней (МКБ-10) [Электронный ресурс].- Режим доступа: Система Гарант
3. Терещенко, И.В. Дефицит магния в практике эндокринолога / И.В. Терещенко // Клиническая медицина. – 2008. - №7. – с. 47-51.
4. Brenner, В.М. Disturbances of magnesium metabolism / В.М. Brenner. – Philadelphia, PA: WB Saunders. – 2000. – P.1055-1069.

УДК 616.12-008

Н.Т.Обухова, К.Р. Мусакаева

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ№21 ЗА 2014-
2015ГОДА**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Изучить структуру болезней системы кровообращения (БСК) в динамике за 2014-2015 гг. среди пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ №21.

Проведен анализ данных по пациентам кардиологического отделения ГКБ №21 за 2014-2015 гг. при помощи программ MicrosoftExcel2013 и оценка частоты встречаемости острого коронарного синдрома(ОКС) и стенокардии среди различных групп пациентов.

В ходе исследования выявлено, что среди населения за 2014-2015 гг. с острым коронарным синдромом в кардиологическое отделение чаще поступают мужчины в возрасте от 51 до 60 лет.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, стенокардия, ИБС, лечение, диагностика

N.T.Obuchova, K.R.Musacaeva

**DETERMINING THE STRUCTURE OF ACUTE CORONARY SYNDROME
AMONG PATIENTS OF THE CARDIOLOGY DEPARTMENT GKBN№21 FOR 2014-2015**

**The Department of propedeutics of internal diseases, Bashkir state medical university,
Ufa**

Abstract: To study the structure of diseases of the circulatory system (CVD) in the dynamics for 2014-2015 among the patients hospitalized in the cardiology Department of city clinical hospital No. 21.

Held on analysis of patient data cardiology department of Clinical Hospital №21 2014-2015 using MicrosoftExcel2013 programs and assessment of the incidence of acute coronary syndrome (ACS) and angina among different groups of patients.

The study revealed that among the population for 2014-2015 with acute coronary syndrome in the cardiology department acting more men aged 51 to 60 years.

Key words: acute coronary syndrome, angina pectoris, IHD, treatment, diagnosis

Актуальность

Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) в России остается одной из самых высоких в мире, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению на протяжении последних 10 лет [1]. Болезни системы кровообращения занимают в Российской Федерации второе место в структуре общей заболеваемости населения (14,5%) и первое место в структуре смертности (49,9%)[3].

Стенокардия является клинической формой ишемической болезни сердца (ИБС) и характеризуется приступом внезапной боли в области сердца и за грудиной в результате острого недостатка кровоснабжения миокарда[2]. Однако очень важно дифференцировать данное заболевание от других форм ишемической болезни сердца, прежде всего от инфаркта миокарда. Так как предынфарктная стенокардия в 30 % случаев завершается инфарктом миокарда[4]. Знание закономерностей развития стенокардии позволяет предотвратить переход данного состояния в острый коронарный синдром (ОКС). Острый коронарный синдром (ОКС)— это начальный рабочий диагноз впервые возникшей либо обострения ишемической болезни сердца с общей патофизиологической основой[5,6].

- Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST — он отражает наличие острой полной окклюзии (закупорка просвета) коронарной артерии[5]. И в большинстве случаев приводит к инфаркту миокарда.

- Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST – чаще встречается стойкое или преходящее снижение сегмента ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубца T. Конечным исходом может стать инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия.

Все больные ОКС госпитализируются в палаты интенсивной терапии. Параллельно с лечением проводят запись ЭКГ в динамике, общий анализ крови, определение кардиоспецифических ферментов, по возможности ЭхоКГ, сцинтиграфия миокарда, круглосуточное клиническое и мониторинговое наблюдение[5,6].

Стратегическая задача терапии ОКС: стабилизация коронарного кровотока и устранение морфологического субстрата заболевания. При наличии коронарных болей больному в палате интенсивной терапии назначают нитроглицерин. При недостаточном обезболивающем эффекте проводят нейролептаналгезию, как при остром инфаркте миокарда. Лечение начинают с приема аспирина. Антитромбоцитарный эффект наступает через 10-15 минут. Раннее назначение аспирина уменьшает вероятность развития ОИМ на 50% по сравнению с плацебо. Лечение проводят под контролем активированного частичного тромбопластинового времени, которое должно поддерживаться на уровне в 1.5-2 раза выше исходных значений. Важнейшее значение при лечении нестабильной стенокардии имеют бета-адреноблокаторы. Они способствуют устранению ишемии миокарда, обладают антиаритмическим действием.

Новые направления в лечении ОКС: в последние годы активно изучается новый класс антитромбоцитарных препаратов - блокаторов тромбоцитарных гликопротеиновых рецепторов Пб/Ша (орбофебан, лефрадафебан) в лечении больных нестабильной стенокардией. Серологические данные, свидетельствующие о возможной ассоциации между инфекцией и ИБС, стали основанием для применения макролидных антибиотиков при острой коронарной недостаточности. При включении в схему терапии НС рокситромицина оказалось, что частота рецидивирующей стенокардии, развития острого инфаркта миокарда и смерти от ИБС снизилась с 9% до 2%. В течение первых 2-3 суток показано соблюдение постельного режима. Перевод больного из палаты интенсивной терапии осуществляется обычно на 3-4 сутки по мере стабилизации состояния и расширения режима двигательной активности. На 10-15 сутки стабильного течения болезни и при освоении общего двигательного режима всем больным для определения толерантности к физической нагрузке и коронарного резерва, выполняется велоэргометрия или тредмил-тест. В тех случаях, когда в течение 48-72 часов, несмотря на активную терапию, ангинозные боли продолжают рецидивировать, возникают показания для выполнения срочной коронароангиографии и обсуждения вопроса о проведении хирургического лечения.

Материалы и методы

Ретроспективно были проанализированы сводные данные о больных, госпитализированных с диагнозом ОКС в кардиологическое отделение в период с 2014-2015 гг. Из них 59,1% мужчин и 40,9% женщины. Диагноз острый коронарный синдром, инфаркт миокарда устанавливали на основании критериев ВОЗ.

Результаты и обсуждения

В отделении кардиологии из 823 пациентов, поступивших с диагнозом острый коронарный синдром за 2014 г., диагноз нестабильная стенокардия был установлен у 568 больных (69%, или 86,4% от общего числа случаев с установленным диагнозом стенокардия), стенокардия напряжения у 89 (10,8%), острый инфаркт миокарда (ОИМ) - у 131 (15,9%, из них 39% женщин), повторный инфаркт миокарда - у 35 (4,2%, из них 37% женщины). Из 1426 пациентов, госпитализированных с диагнозом ОКС за 2015 г., диагноз нестабильная стенокардия был установлен у 693 больных (48,5%, или 68,4% от общего числа случаев с установленным диагнозом стенокардия), стенокардия напряжения у 320 (22,4%), острый инфаркт миокарда - у 366 (25,6%, из них 30,9% женщин), повторный инфаркт миокарда - у 50 (3,5%, из них 24% женщины). Таким образом, острый коронарный синдром при поступлении был верно диагностирован в 734 (89,1%) случаев из 823 в 2014 г. и в 1109 (78,7%) случае из 1409 в 2015г. Среди всех больных с установленным диагнозом стенокардия наибольшее число лиц отмечается в возрастных группах от 51 до 60 лет (25,2%),

от 71 до 80 лет (25,1%) в 2014 г. и от 51 до 60 лет (31,8%), от 61 до 70 лет (25%) в 2015 г., с диагнозом ОИМ - в возрастных группах от 51 до 60 лет (12,2% за 2014 г. и 34,4% за 2015 г.), от 61 до 70 лет (16% за 2014 г. и 27% за 2015 г.) Из всех пациентов, перенесших повторный инфаркт миокарда, наибольшее число лиц выявлено в возрастных группах от 51 до 60 лет (42,8%), от 71 до 80 лет (31,4%) в 2014 г. и от 51 до 60 лет (32%), от 61 до 70 лет (28%) в 2015 г. В течение 2014 года наибольшее количество госпитализированных отмечается в декабре (12%), январе (11%), марте (12%) и мае (11%), в течение 2015 года – в марте (9,7%), апреле (10,2%) и ноябре (9,8%). Представленные данные свидетельствуют о том, что обострения коронарной (ишемической) болезни сердца приходится на весенний период.

Заключение

В Российской Федерации, в том числе в Республике Башкортостан, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является наиболее частой причиной в структуре летальности. На основании вышесказанного любая боль в области сердца должна быть оценена с позиции ее возможного ишемического происхождения. После дифференциальной диагностики синдрома спектр диагностического поиска значительно сужается. В целях повышения качества диагностики и лечения данного синдрома их необходимо проводить с учетом рекомендаций Европейского и Российского обществ кардиологов.

Выводы

1. У больных, поступающих в кардиологическое отделение крупной многопрофильной больницы с диагнозом острый коронарный синдром, данный диагноз подтверждается в 83,9% случаев.
2. Число больных с диагностированным острым коронарным синдромом за 2015 год по сравнению с 2014 год увеличилось в 1,7 раза, при этом данным синдромом страдают преимущественно мужчины в возрасте 51-60 лет.

Литература

1. Бойцов С.А., Самородская И.В., Третьяков В.В., Ватолина М.А. Потерянные годы жизни в результате преждевременной смерти и их взаимосвязь с климатическими и социально-экономическими показателями регионов // Вестник Российской академии медицинских наук. 2015. Т.70, вып.4. С. 456-463.
2. Бурчинский Г. И. Внутренние болезни: учеб. для мед. ин-тов. 4-е изд., перераб. и доп. Киев: Вища шк, 2000. 656 с.
3. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год. М., 2015. URL: http://www.portalramn.ru/upload/doklad_ikmrf.pdf (дата обращения 15.03.16).

4. Кузнецова Ю. В. Стенокардия// Факультетская терапия: конспект лекций. 2009.
URL: http://www.e-reading.club/chapter.php/99359/13/Kuznecova_-_Fakul%27tetskaya_terapiya__konspekt_lekciii.html (дата обращения 7.03.2016).
5. Морман Д., Хеллер Л. Физиология сердечно-сосудистой системы. СПб: Питер, 2000. 256 с.
6. Никишова В.Н., Францева Е.Ю. Кардиология. М.: Эксмо, 2008. 235 с.

УДК 615.246:616.248

В.А. Дзюба

**ДИНАМИКА ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ
ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ
КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней,

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Проведено исследование железоиндуцированной хемилюминесценции (ХЛ) сыворотки крови у больных обструктивными заболеваниями легких на фоне комплексной терапии с применением плазмафереза (ПА). Исходно больные по показателям ХЛ распределялись на две группы. У первой – выявлялись сниженные показатели ХЛ, во второй – наоборот, свечение характеризовалось высокими показателями свободнорадикального окисления (СРО).

Ключевые слова: хемилюминесценция, обструктивные заболевания легких, плазмаферез.

V.A. Dzuba

**DYNAMICS HYPERWEAK GLOW SERUM OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASES COMBINED THERAPY**

Department of Internal propedeutics diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Resume. The study zhelezoinducirovannoy chemiluminescence of blood serum in patients with obstructive lung diseases on the background of the treatment with the use of plasmapheresis. At baseline, patients were distributed into two groups. At first - revealed reduced rates CL, the second - on the contrary, characterized by high levels of luminescence of free radical oxidation (SRO).

Keywords: Chemiluminescence, obstructive lung disease, plasmapheresis.

Актуальность: Современные представления о патогенезе, диагностике, профилактике и лечении хронических обструктивных заболеваний легких свидетельствуют о том, что одним из важнейших механизмов патогенеза их развития, прогрессирования течения является нарушение процессов СРО [1].

Перспективным способом изучения процессов СРО является регистрация хемилюминесценции - свечения, возникающего при взаимодействии свободных радикалов. Широкое распространение нашло измерение люминолзависимого свечения, отражающего

степень генерации активных форм кислорода фагоцитирующими клетками, и хемилюминесценции, развивающейся в присутствии ионов двухвалентного железа, характеризующей степень перекисного окисления липидов [2].

Цель исследования: Целью настоящего исследования было изучение железоиндуцированной хемилюминесценции сыворотки крови больных обструктивными заболеваниями легких при комплексном лечении с применением эфферентных методов.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 15 больных, из которых у 7 – был диагностирован хронический обструктивный бронхит и у 8 – бронхиальная астма различных форм, поступивших на стационарное лечение в связи с обострением заболевания.

Контрольная группа состояла из 10 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу с группами больных.

Результаты и обсуждение: Клинически у всех больных исходно преобладали явления обструктивного синдрома и дыхательной недостаточности. В комплекс лечебных мероприятий помимо медикаментозной терапии у всех больных включался метод прерывистого ПА на пластикатных контейнерах “Гемакон 500/300” с удалением за курс, состоящий из 3 - 4 процедур до I объема циркулирующей плазмы. Показанием к использованию ПА являлась малоэффективная традиционная терапия, наличие частых рецидивов заболевания, а также поливалентная медикаментозная аллергия. Интенсивность СРО оценивали используя метод регистрации железоиндуцированной ХЛ сыворотки крови, а также определяли показатели функции внешнего дыхания, состояние гемореологии, иммунный статус, содержание средних молекул - маркеров эндогенной токсемии в крови. При исследовании ХЛ в контрольной группе отмечалось однородное распределение показателей светосуммы, свидетельствующее об однотипной интенсивности протекания процессов СРО. В противоположность этому при исследовании ХЛ больные распределялись на две группы. У первой - выявлялись сниженные показатели ХЛ, отражающие угнетение процессов СРО, а во второй же – наоборот, свечение характеризовалось высокими показателями СРО. На фоне проводимого лечения в обеих группах происходила нормализация активности СРО. В группах больных с низкими значениями отмечалось увеличение процессов СРО и наоборот у больных с высокими показателями – снижение. Нормализация интенсивности СРО у больных на фоне плазмафереза происходила на фоне отчетливого терапевтического эффекта, заключающегося в улучшении клинического состояния больных и нормализации функции внешнего дыхания, иммунологических и гемореологических показателей. Т.о. имеет место нормализующее влияние ПА на процессы СРО у больных обструктивными заболеваниями легких. Причем сопоставимые изменения отмечались как в группе больных с хроническим обструктивным бронхитом, так и с

бронхиальной астмой. Нормализация процессов СРО коррелировала с клиническим улучшением течения заболевания.

Заключение и выводы:

1. Целесообразность применения ПА у данной категории больных во многом определяется его многофакторным лечебным воздействием на патологический процесс и имеет несколько клинических аспектов. Первый – использование в момент обострения заболевания приводит к более быстрому купированию проявлений воспаления и обструктивного синдрома за счет улучшения микроциркуляции и агрегатных свойств крови, а также иммуномодулирующего воздействия. Второй - активная терапия в периоде, предшествующему сезонному обострению имеет своей целью профилактику возможной активации заболевания.
2. Использование биофизических методов исследования, регистрации железоиндуцированной хемилюминесценции сыворотки крови, для диагностики заболеваний легких и контроля эффективности лечения расширяет возможности клинической методологии врача.

Литература

1. С.К. Соодаева. Свободнорадикальные механизмы повреждения при болезнях органов дыхания. // Пульмонология.- 2012.- № 1.- С. 5 – 10.
2. Р.Р. Фархутдинов. СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ (Избранные лекции)// Медицинский Вестник Башкортостана. – 2006. - № 1. – С. 146 – 152.

УДК 616.248

А. Ш. Башарова, Ю.В. Бурдюк**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ****Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. Целью данного исследования явилось изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой средней (БАСТ) и тяжелой степенью течения (БАТТ). В исследование были включены 20 больных БА, в I группе- БАСТ: 3 женщины (25%) и 9 мужчин (75%), во II группе-БАТТ: 6 женщин (75%) и 2 мужчин (25%), средний возраст $60 \pm 0,95$ лет, при этом длительность заболевания составила $16,53 \pm 1,82$ лет. Анкетирование проводилось с помощью сбора данных, а также заполнения респираторного опросника клиники Святого Георгия (SGRQ). При сравнении двух групп было выявлено: у БАСТ повышение шкалы «Симптомы», что свидетельствует о высокой степени выраженности симптоматического влияния на жизнь пациентов, «Активность» у БАТТ показала наивысшее значение, что доказывает осведомленность при выборе физической нагрузки; шкала «Влияние» у БАТТ превысила максимальную разницу, более чем в 4 балла. Пациенты данной группы отмечали: значительное беспокойство, волнение, быструю потерю сил, а также нарушение привычного образа жизни, по сравнению с БАСТ. Итоговое значение показало, что у пациентов с бронхиальной астмой средней тяжести интегральный показатель качества жизни значительно выше.

Ключевые слова: бронхиальная астма, качество жизни.

A.Sh Basharova, Y.V Burdjuk**QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA****Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University, Ufa**

Summary: Objective of this research was studying of quality of life of patients with bronchial asthma of average (BAST) and heavy degree of a current (BATT). Research has included 20 patients OH, in the I group - BAST: 3 women (25%) and 9 men (75%), in the II group-BATT: 6 women (75%) and 2 men (25%), middle age $60 \pm 0,95$ years, at the same time duration of a disease has made $16,53 \pm 1,82$ years. Questioning was carried out by means of data collection, and also filling of a respiratory questionnaire of clinic of Saint Georgy (SGRQ). When comparing two groups it has been revealed: at BAST increase of a scale "Symptoms" that testifies to high degree of expressiveness of symptomatic influence on life of patients, "Activity" at BATT has shown the highest value that proves awareness at the choice of physical activity; the scale "Influence" at

BATT has exceeded the maximum difference, more than in 4 points. Patients of this group noted: considerable concern, nervousness, fast loss of forces, and also violation of a habitual way of life, in comparison with BAST. Total value has shown that at patients with bronchial asthma of average weight the integrated indicator of quality of life is much higher.

Keywords: bronchial asthma, quality of life.

Актуальность: Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся приступами одышки, которые зачастую сопровождаются кашлем, и может перерасти в приступы удушья. Бронхиальная астма встречается у людей всех возрастов, сейчас более 300 млн. человек в мире страдает этим заболеванием, и число их постоянно возрастает. Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получивших в последние годы широкое распространение, является качество жизни пациентов [1].

Качество жизни (КЖ) — интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [2,3]. Исследование КЖ дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние пациента. БА как хроническое заболевание, склонное к прогрессированию и протекающее с обострениями, оказывает негативное воздействие на все стороны жизни больного. Для более эффективного взаимодействия врача и пациента необходимо знание тех сфер жизнедеятельности человека, которые более всего страдают в связи с этим заболеванием.

Цель исследования: изучение качества жизни у больных с бронхиальной астмой средней и тяжелой степени течения.

Материалы и методы: в исследование были включены 20 больных БА, в I группе БАСТ: 3 женщины (25%) и 9 мужчин (75%), во II группе БАТТ: 6 женщин (75%) и 2 мужчин (25%), возраста $60 \pm 0,95$ лет, при этом длительность заболевания составила $16,53 \pm 1,82$ лет.

Дополнительными критериями отбора были: отсутствие клинически значимых сопутствующих заболеваний, требующих лечения; отсутствие психических заболеваний, имеющих влияние на оценку КЖ; возраст старше 18 лет; согласие больного принимать участие. Все пациенты поступили на стационарное лечение в пульмонологическое отделение городской клинической больницы № 21 г. Уфы в связи с обострением заболевания.

Наблюдались пациенты со средней тяжестью течения — I гр. (12 чел.), а также астмой тяжелого течения — II гр. (8 чел.). Все количество участников было разделено на 2 группы согласно тяжести заболевания. Контрольная точка обследования была — исходная (на момент

поступления). Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения ГКБ №21 г. Уфа. В данном исследовании по этиологии пациенты распределились следующим образом: 10 пациентов - атопическая форма БА, 4 – инфекционно-аллергическая и 6 пациентов - лекарственная форма БА. Диагноз бронхиальной астмы и тяжесть заболевания выставлялись в соответствии с рекомендациями «Глобальной стратегии по бронхиальной астме» (GINA 2008) [3]. Качество жизни пациентов оценивали с помощью «Респираторного опросника госпиталя Святого Георгия» (русскоязычная версия St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ), который состоит из 76 вопросов. Первая часть вопросника «Симптомы» состоит из 8 вопросов, ответы на которые позволяют оценить выраженность кашля, одышки, свистящего дыхания, частоты и продолжительности обострений, происходивших в течение последнего года. Вторая часть вопросника «Ограничение активности» позволяет оценить степень ограничения физической активности, обусловленную симптомами заболевания. Третья часть вопросника «Влияние» измеряет психосоциальные последствия бронхиальной астмы. Домен «Общее качество жизни» отражает общенегативное влияние заболевания на здоровье. Оценка каждого показателя после перекодировки «сырых баллов» производится по 100-балльной шкале, при этом, чем выше балл, тем более негативное влияние оказывает болезнь на КЖ пациента. Минимальным клинически значимым различием считается изменение любого показателя не менее чем на 4 балла. Опросник SGRQ, методика и все права на использование, и работу с ним определяются разработчиком профессором P.W.Jones. Подсчет итога проводится с помощью оценочного калькулятора вопросника SGRQ, базирующегося на Excel. «Итоговая оценка» (сумма баллов) вычисляется как суммарное негативное влияние болезни на общее состояние здоровья пациента (субъективная оценка степени общего дистресса). Оценка отражает степень общего ухудшения состояния пациента, колеблется от 0 до 100, при этом ноль указывает на наилучшее возможное состояние здоровья, а сто – на наихудший возможный его статус [4]. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ «BioStat 2009».

Результаты и обсуждение: у пациентов с БА в обеих группах прослеживается взаимосвязь заболевания с воздействием фактора риска – аллергена (воздействие лекарственных средств, пищевых интоксикантов, а также аэрополлютантов и др.), по данным анамнеза (табл. 1).

Таблица 1

Аллергический статус пациентов

Фактор воздействия	I группа	II группа
--------------------	----------	-----------

Пылевые аэрополлютанты	33,3(%)	37,5(%)
Химические вещества	8,3(%)	12,5(%)
Пищевая этиология	8,3(%)	-
Аспирин	16,6(%)	-
Преднизолон	-	12,5(%)
Лидокаин	16,6(%)	12,5(%)

При оценке аллергического статуса в обеих группах было выявлено наибольшее влияние пылевых аэрополлютантов: I группа - 33,3%, II группа - 37,5%. Во II группе воздействие химических веществ, преднизолона и лидокаина оказалось на одном уровне и составило 12,5%. Только в I группе выявлена реакция на пищевые аллергены и аспириновая аллергия.

У I группы при поступлении в отделение в период обострения наблюдалось обильное выделение мокроты - 56%, признаки одышки - 45%, 26% - отмечали малую эффективность лекарственных средств на купирование приступа. Также отмечались жалобы на выраженное ограничение физической активности, частые ночные симптомы и возрастание пробуждений во сне. Длительность тяжелого приступа отмечалось в течении 1 дня.

У II группы пациентов тяжелого течения при поступлении в стационар наблюдалась обильно отделяемая мокрота - 65%, с приступами кашля - 70%. Длительность самого тяжелого приступа пациенты расценивают, в среднем, 1-2 дня. 81% пациентов считают, что заболевание нарушает привычный образ жизни. Следует отметить, что пациенты данной группы ниже оценивали свое эмоциональное состояние, по сравнению с первой. Большинство больных предъявляло жалобы на кашель с обильной мокротой. Одышка возникала при умеренной физической нагрузке, подъеме на один лестничный марш, вследствие этого возникал приступ удушья, что обычно являлось основным поводом для обращения за медицинской помощью (табл.2).

Таблица 2

Жалобы больных БА в период обострения

Жалобы	I группа	II группа
Выделение мокроты	56(%)	65(%)
Одышка	45(%)	49(%)
Кашель	57(%)	70(%)
Длительность приступа	1 день	1-2 дня
Нарушение привычного образа	63(%)	81(%)

жизни		
Недействительность лечения	26(%)	18(%)

Таблица3

Качество жизни больных БА в двух группах(вопросник SGRQ)

Шкалы	I группа	II группа	p
Симптомы	63,7 ±0,4	61,52 ±0,7	p _{1,2} <0,05
Активность	34,60 ±0,5	38,21 ±0,3	p _{1,2} <0,05
Влияние	40,54 ±0,3	45,73 ±0,6	p _{1,2} <0,05
Итоговое значение	42,59 ±0,3	46,07 ±0,2	p _{1,2} <0,05

При изучении качества жизни больных БА по респираторному опроснику клиники Святого Георгия было выявлено в I группе (БАСТ): в данной выборке наиболее худшим показателем КЖ являлась шкала «Симптомов», с баллами 63,7±0,4 (p<0,05); шкала «Активность» показала повышенное значение с баллами 34,60 ±0,5 (p<0,01); шкала «Влияние» показала значения с баллами 40,54 ±0,3 (p<0,05); шкала «Итоговое значение» показала значение 42,59 ±0,3 балла. Во II группе (БАТТ) выявлен высокий показатель шкалы «Симптомы», с баллами 61,52 ±0,7 (p<0,05); шкала «Активность» показала наихудший показатель со значением 38,21 ±0,3 (p<0,05); шкала «Влияние» показала превышение значения (более 4) с баллами 45,73 ±0,6 (p<0,05); шкала «Итоговое значение» составила значение 46,07 ±0,2 балла (p<0,05).

Заключение и выводы: 1) При сравнении КЖ в двух группах пациентов с БА установлено, что шкала «Симптомы» с баллами 63,7±0,4 (p<0,05) у БАСТ на 2,18 единицы больше, чем данные БАТТ, что свидетельствует о высокой степени выраженности симптоматического влияния на жизнь пациентов. Шкала «Активность» у БАТТ с баллами 38,21 ±0,3 (p<0,05), превышает разницу на 3,61 балла, это доказывает осведомленность пациентов БАТТ при выборе физической нагрузки; шкала «Влияние» II группы с баллами 45,73 ±0,6 (p<0,05), превысила максимальную разницу, более чем в 4 балла, пациенты данной группы отмечали: значительное беспокойство, волнение, быструю потерю сил, а также нарушение привычного образа жизни, по сравнению с I группой.

2) Выявлена тенденция к снижению показателя КЖ во второй исследуемой группе пациентов, в связи с ухудшением течения бронхиальной астмы.

3) Результаты исследования показали, что специальные вопросники вида SGRQ являются чувствительными инструментами исследования КЖ, позволяющими оценить (наряду с клиническими и функциональными показателями) воздействие факторов

обостряющих течение, выявление различий в стадиях БА, а также выбор направления лечения пациентов.

Литература

1. Пунин А. А. Бронхиальная астма. Пособие для врачей / А. И. Борохов, Р. С. Богачев // Актуальность бронхиальной астмы – Смоленск..2003 – С.8-9
2. Суховская, О. А. Сравнительное исследование качества жизни здоровых и больных бронхиальной астмой / О. А. Суховская, И. А. Гобенко // Исследования качества жизни в медицине. – СПб., 2000. – С. 131–133.
3. Thwaites, R. M. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов / R. M. Thwaites, M. S. Price // Пульмонология. – 1998. – № 3. – С. 19–23.
4. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George's Respiratory Questionnaire. *RespirMed* 1991;85(Suppl B):25-31.

УДК 616.13-089

Э. Ф. Туразянов, Т. Н. Исмагилов

**СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ СО
СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ
СИНДРОМЕ**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет**

Уфа, Россия

Резюме: Проводилось статистическое исследование выживаемости больных с острым коронарным синдромом, к которым был применен современный метод стентирования коронарных артерий. Под наблюдением находились 1346 пациентов кардиологического профиля ГБУЗ РБ Городской клинической больницы №21. За период 2015-2016 годов выявлена тенденция к снижению летальных случаев у стентированных пациентов с острым коронарным синдромом.

Ключевые слова: Стентирование, острый коронарный синдром, коронарография, летальность.

E. F. Turazyanov, T. N. Ismagilov

**STATISTICAL RESEARCH SURVIVAL IN PATIENTS WITH STENTING OF THE
CORONARY ARTERIES IN ACUTE CORONARY SYNDROME.**

**Department of propedeutics of internal diseases, Bashkir State Medical University
Ufa, Russia**

Abstract: It carries out a statistical study of survival in patients with acute coronary syndrome, in which a modern method of coronary stenting was applied. The study included 1346 patients of the cardiological department in GBUZ RB City Hospital №21. During the period of 2015-2016 years, a trend towards reduction in deaths among stented patients with acute coronary syndrome.

Key words: Stenting, acute coronary syndrome, coronary angiography, mortality.

Актуальность: В наше время заболевания сердца являются одними из главных причин смертности населения. Нынешний образ жизни людей, экологическая ситуация и стрессы включают в группу риска людей не только старше 50 лет, но и более молодого возраста.

Современная кардиология применяет множество прогрессивных методов оперативного лечения. Устаревшую операцию коронарного шунтирования (создание шунта в обход

суженного участка кровеносного сосуда) заменили эффективные и малотравматичные методы интервенционных вмешательств, которые нашли широкое распространение во многих областях медицины, так как зачастую могут заменить большие хирургические вмешательства.

Первое чрескожное лечение стеноза периферической артерии было осуществлено американским врачом Чарльзом Доттером в 1964 г. В 1977 г. швейцарский врач Андреас Грюнтциг сконструировал катетер с баллоном и выполнил процедуру дилатации (расширения) стенозированной коронарной артерии. Этот метод стал называться баллонной ангиопластикой.

Безусловно, одним из основных методов лечения стенозов и окклюзий коронарных и периферических артерий, является баллонная ангиопластика. В случае рецидива стенозов такая процедура может повторяться многократно. Для предотвращения повторных стенозов в конце прошлого века стали использовать эндоваскулярные протезы - стенты.

Стент - это трубчатая металлическая конструкция, которая устанавливается в суженное место после баллонной дилатации. Расправленный стент не дает возникнуть повторному стенозу.

Установка стента проводится после диагностической ангиографии и определения места критического сужения.

Цель работы: Цель нашей работы – оценка выживаемости пациентов с острым коронарным синдромом, которым было проведено стентирование.

Материалы и методы: В нашем исследовании были использованы статистические данные о пациентах, полученные на базе кардиологического отделения ГБУЗ РБ Городской клинической больницы №21 г.Уфы за 2015-2016 года. Данные были проанализированы при помощи программы Microsoft Excel 2013 версии 15.0.4753.

Результаты и обсуждение: За 2015 год из 1109 пациентов с острым коронарным синдромом у 676 была проведена коронарография. Стент установлен 314 пациентам (были выписаны). Летальный исход был отмечен в 81 случае, из которых в 15 случаях проводилась коронарография, а в 8 случаях был установлен стент.

За первый квартал 2016 года из 131 пациентов с острым коронарным синдромом у 11 проводилась коронарография, а стент установлен в 3 случаях. Летальных исходов не наблюдалось.

По результатам нашего исследования из 1346 пациентов с острым коронарным синдромом методика стентирования была осуществлена 325 пациентам. Летальный исход наблюдался в 106 случаях, из которых в 8 случаях проводилось стентирование.

За период: с 01.01.2015 по 22.03.2016 из пациентов, к которым применялось стентирование, летальные исходы отмечались в 2,5% случаев. Из пациентов с острым коронарным синдромом, к которым не применялось стентирование, летальные исходы отмечены в 9,6% случаев.

Заключение и выводы: По данным нашего анализа у больных с острым коронарным синдромом, которым было проведено стентирование летальность достоверно снизилась на 7,1%, по сравнению с группой больных с острым коронарным синдромом, которым стентирование не проводилось.

Таким образом, использование метода стентирования в кардиологии, достоверно снизило уровень летальности среди больных с острым коронарным синдромом.

Литература

1. Болотов П. А. Эффективность эндоваскулярной реваскуляризации с использованием стентов с лекарственным покрытием в лечении больных после перенесенного инфаркта миокарда. Дисс. на соис. д.м.н. М., 2006 г.
2. Silva J., White C. J., Collins T. J. Morphologic comparison of atherosclerotic lesions in native coronary arteries and saphenous vein grafts with intracoronary angiography in patients with unstable angina. *Am Heart J.* 1998; 136: 156-164.
3. Kotami J, Awata M, Nanto S. Incomplete neointimal coverage of sirolimus-eluting stents. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2108-11.
4. Терновой С.К., Сеницын В.Е. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / . - 2010. - 304 с: ил.

УДК 611.127

А.Д. Абдуллина, Н.Х. Хафизов, С.В. Щекин

**КЛИНИКО – АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ
КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Сердечная недостаточность является прогрессирующим клиническим синдромом, связанным с нарушением работы сердца и последующим недостаточным кровоснабжением органов и тканей, что, в свою очередь, приводит к снижению трудоспособности и значительному ухудшению качества жизни все большего количества больных.

Ключевые слова. Левожелудочковая недостаточность, объемно-анатомическая характеристика, диагностика СН

A.D. Abdullina, N.H. Hafizov, S.V. Shchekin

**CLINIC-ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF LEFT VENTRICULAR
FAILURE AS DISPLAY CRITICAL CONDITION**

Department of Internal Medicine Propaedeutics

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Heart failure is a progressive clinical syndrome associated with impaired heart function and subsequent insufficient blood supply to tissues and organs, which in turn leads to a decrease in disability and worsening of life quality significantly increasing number of patients.

Keywords. Left ventricular failure, volume and anatomical characteristics, diagnosis of heart failure

Актуальность: В развитых европейских странах сердечной недостаточностью страдают около 28 млн. человек. В России число диагностированных пациентов на 2015 год с симптомами ХСН 5,1 млн. реальные показатели значительно выше — около 9 млн. человек. В последнее время наблюдается неуклонный рост пациентов с сердечной недостаточностью трудоспособного и раннего пенсионного возраста. По данным исследований, в России каждый четвертый больной с сердечной недостаточностью моложе 60 лет (25,1%). В старшей возрастной группе (> 60 лет) каждый год отмечается удвоение числа больных ХСН. Ежегодно регистрируется не менее 400 тыс. новых случаев заболевания. Параллельно

заболеваемости продолжает расти смертность - 50% больных тяжелой сердечной недостаточностью, относящихся к IV классу по классификации NYHA, живет 1 год. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация ставит вопросы о более детальном изучении патогенеза, клиники и усовершенствовании терапии сердечной недостаточности в ряд актуальных проблем современной кардиологии.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе отделения патанатомии ГКБ № 21 г. Уфа. Вскрытие сердца проводили по методике Автандилова Г.Г. в модификации Свищева А.В. (1981г., Архив патологии, т. XLIII, вып. 9, стр. 30-35). Измерялись периметры клапанов сердца, пути притока и оттока желудочков, высчитывались объемы притока, оттока и резервного каждого желудочка, вычисляли объемы притока, оттока и резервного по отношению к массе желудочков (объемно-весовой индекс). Подсчет разницы малого круга – отношение объема оттока ПЖ к объему притока ЛЖ, разница большого круга – отношение объема оттока ЛЖ к объему притока ПЖ.

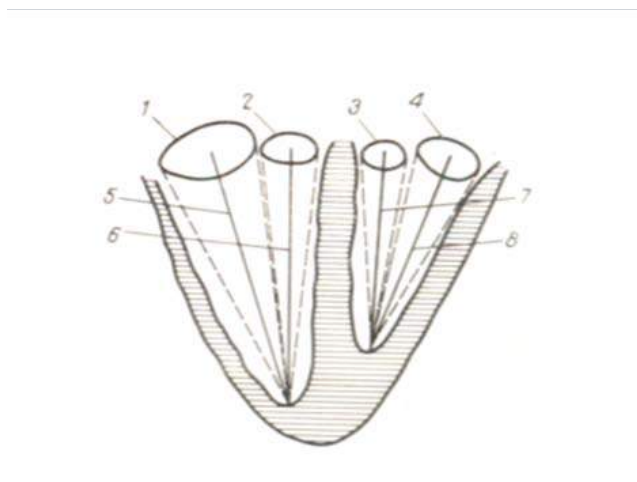


Схема 1. Объемы притока и оттока в правом и левом желудочках.

1-Периметр трехстворчатого клапана. 2-Периметр клапана легочной артерии. 3-Периметр клапана аорты. 4-Периметр митрального клапана. 5-Правый приносящий тракт. 6-Правый выносящий тракт. 7-Левый выносящий тракт. 8-Левый приносящий тракт.

Материалом для настоящего исследования послужили сердца 211 умерших больных от различных причин. Все параметры были соотнесены к площади поверхности тела.

Статистическая обработка данных программа: Statistica 6, использовался факторный анализ, кластерный анализ, корреляционный анализ, t-тест для средних, однофакторный дисперсионный анализ, дискриминантный анализ.

При исследовании факторного влияния на изменение конфигурации сердца обнаружено, что самыми тесно вовлеченными в процесс левожелудочковой декомпенсации оказались фактор легочной артерии, фактор трехстворчатого клапана и фактор

внутрисердечной длины. Другие факторные влияния были меньше. Самым слабым взаимодействием с другими факторами был фактор декомпенсации ЛЖ. Это становится понятным, если учесть, что прогрессирующая декомпенсация ЛЖ сама по себе не может восстановиться, и в деятельности сердечной мышцы более активную роль играют другие параметры, особенно параметры, относящиеся к ПЖ. Это компенсаторное усиление влияния правого отдела было показано и в результате перехода стадии декомпенсации левого желудочка от 1 к 3 стадии.

Изменение объемно-анатомических показателей сердца при переходе из стадии 1 в стадию 2 характеризуется удлинением путей притока и оттока обоих желудочков, сердце как бы удлиняется по направлению к верхушке. При сохранении относительного постоянства других параметров можно предположить, что данные изменения характеризуют усиление компенсаторной работы сердца на поддержание оптимальной сердечной деятельности. Одновременно снижается относительный вес почек и падает коэффициент разницы большого круга, т.е. объем оттока ЛЖ по сравнению с объемом ПЖ достоверно уменьшается.

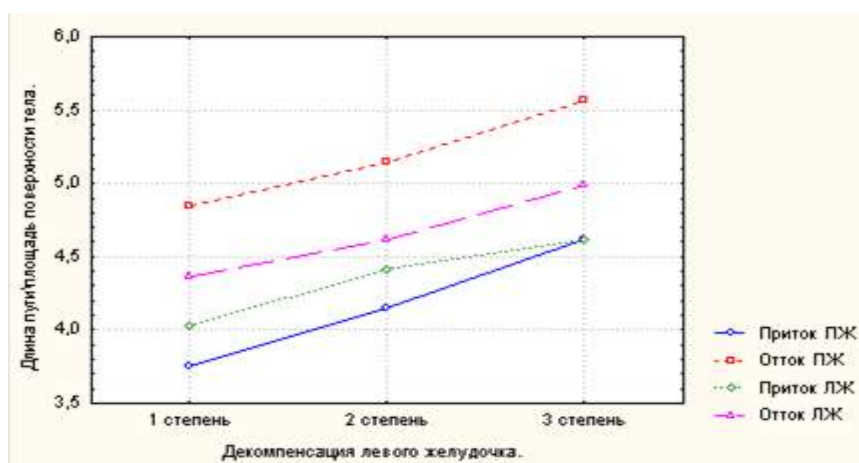


Рисунок 1. Изменение путей притока и оттока желудочков сердца.

При переходе из стадии 2 в стадию 3 происходит дальнейшее удлинение путей притока и оттока ПЖ и ЛЖ, однако если пути оттока и притока ПЖ и путь притока ЛЖ продолжают увеличиваться, то путь оттока ЛЖ остается на уровне 2 стадии (рис.1). При рассмотрении этих данных в трехмерном пространстве оказывается, что сердце меняет свою конфигурацию. Во-первых - учитывая, что пути оттока ЛЖ и ПЖ, по сути, являются параметрами межжелудочковой перегородки, а если одна сторона удлиняется быстрее, чем вторая, то, следовательно, происходит искривление МЖП и она становится вогнутой в сторону ЛЖ и, соответственно, выпуклой в просвет ПЖ. Такое искривление и удлинение МЖП вероятно сказывается на процессах проведения электрического возбуждения. Во – вторых при отставании увеличения пути оттока ЛЖ от трех других показателей, происходит

еще и поворот вокруг основания сердца против часовой стрелки. Такие изменения, если они еще и быстро происходят, приводят к резким нарушениям внутрисердечной гемодинамики с ухудшением процессов проводимости, нарастает электро-мышечная диссоциация. Прогрессирующая левожелудочковая недостаточность при переходе из 2 стадии в 3 характеризуется усилением работы правого отдела.

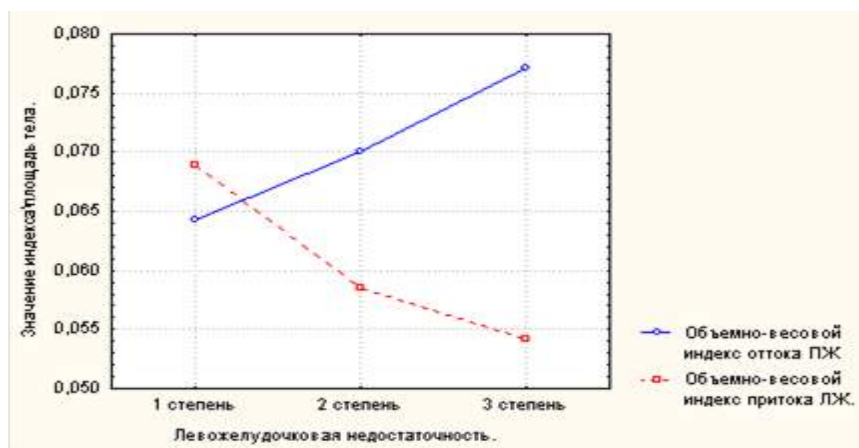


Рисунок 2. Динамика объемно-веса индекса оттока правого желудочка и притока левого желудочка.

Увеличивается объемно – весовой индекс объемов притока и оттока ПЖ с увеличением объемно – весового индекса ПЖ. Сердце, сокращаясь в усиленном режиме, совершает свою работу с большей нагрузкой на правый отдел. Объемно – весовой индекс ЛЖ при этом продолжает прогрессивно уменьшаться. (рис.2).

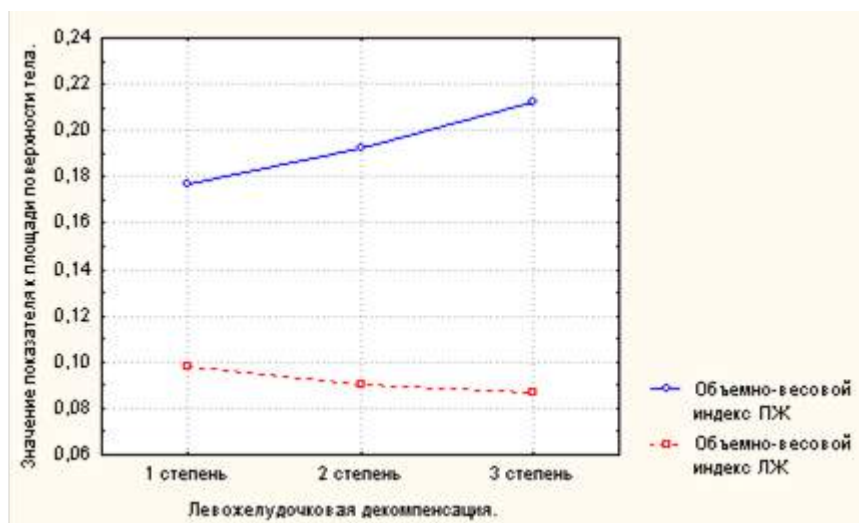


Рисунок 3. Динамика объемно-веса индекса правого и левого желудочка.

Разница малого круга увеличивается, т.е. объем оттока ПЖ увеличивается по сравнению с объемом притока ЛЖ (рис.3). Увеличивается относительный вес ЛЖ, что вероятнее всего свидетельствует об его нарастающем интерстициальном отеке, что еще больше ухудшает сократимость миокарда ЛЖ.

Прогрессирование левожелудочковой недостаточности характеризуется изменением корреляционного взаимодействия изучаемых параметров. Если 1 и 2 стадии декомпенсации имеют общие корреляции между параметрами ПЖ и ЛЖ, т.е. сердце функционирует как единый орган с взаимодействием правого и левого отдела. Переход декомпенсации в критическую, необратимую стадию приводит к разобщению корреляционного взаимодействия между параметрами ПЖ и ЛЖ. Если путь притока ПЖ и приток ЛЖ в 1 и 2 стадии тесно сопряжены друг с другом, то в стадии 3 сопряженное изменение путей притока распадется, что, возможно, характеризует распад общей регуляции в малом и большом круге кровообращения.

Выводы:

1. При прогрессировании левожелудочковой недостаточности происходит компенсаторное повышение нагрузки на правый отдел сердца. Работа левого отдела сердца становится более зависимой от функциональных возможностей правого отдела сердца.
2. При переходе субкомпенсированной стадии в критическую недостаточность левого отдела изменяются объемно-анатомические параметры сердца, а именно удлиняются пути оттока и притока правого и левого желудочков, искривляется межжелудочковая перегородка, сердце совершает поворот вокруг своего основания против часовой стрелки.
3. Левожелудочковая недостаточность приводит к нарушению корреляции внутрисердечных взаимодействий между правым и левым отделом сердца. Переход в критическое левожелудочковое состояние характеризуется утратой взаимодействия правого и левого отделов.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Морфометрия в патологии. М., 1973.
2. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хауард С.К. Критические ситуации в анестезиологии: пер. с англ. – М.: Медицина, 2000. – 440 с.
3. Свищев А.В. внутрисердечные объемные параметры при хронической сердечно-сосудистой недостаточности по материалам аутопсий. Арх.патологии, 1981, т. XLIII, вып. 9, 30-35.
4. Тимофеев И.В. Патология лечения. Руководство для врачей. СПб.: Северо - Запад, 1999. - 656с.
5. Шанин В.Ю. Патофизиология критических состояний. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003.-436 с.

6. Яхонтова О.И., Рутгайзер Я.М., Валенкевич Л.Н. Дифференци-альный диагноз основных синдромов заболеваний внутренних органов. 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Издательство ДЕАН, 2002. – 408 с.

7. G. Edward Morgan, Jr., MD, Maged S. Mikhail, MD – Clinical Anesthesiology. Prentice – Hall International Inc. 1996.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.39

О.Е. Цеплина, А.Н. Шарипова., А.Ш.Яппарова

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

**Кафедра акушерства и гинекологии №3, Башкирский государственный
медицинский университет, Уфа**

Резюме: Осложнения недоношенности являются отдельной самой крупной причиной смерти в неонатальном возрасте и второй ведущей причиной смерти детей младше 5 лет.

Изучено состояние здоровья рожениц и недоношенных и исходы преждевременных родов

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенность

Tseplina O.E., Sharipova A.N., Yapparova A.Sh.

HAZARDS OF PREMATURE LABOR AND PERINATAL OUTCOMES

Department of Obstetrics and Gynecology

Bashkir State Medical University , Ufa

Abstract: Consequences of premature labor and prematurity is the most popular cause of death in neonatal period and the second cause of death for babies younger then 5 years old. We analysed level of health women recently confined and their babies. Also, we analysed outcomes of premature labor.

Keywords: premature labor, prematurity

Актуальность темы: По данным ВОЗ 15 миллионов детей ежегодно рождаются преждевременно (до полных 37 недель беременности) и это число возрастает. Каждый год от осложнений, связанных с преждевременными родами, умирают более 1 млн. детей. Многие дети остаются инвалидами на всю жизнь, включая трудности в обучении и проблемы со зрением и слухом. За последнее десятилетие некоторые страны снизили вдвое смертность, связанную с преждевременными родами, благодаря обеспечению необходимого уровня квалификации медицинских работников, внедрению высокотехнологичной помощи при лечении недоношенных детей, улучшению снабжения медицинских учреждений жизненно важными товарами и оборудованием медико-санитарного назначения. Профилактика

преждевременных родов один из ключевых моментов снижения неонатальной смертности и заболеваемости.

Цель работы: Путем ретроспективного анализа историй преждевременных родов подтвердить или опровергнуть основные гипотезы возникновения случаев преждевременных родов. Изучить перинатальные исходы преждевременных родов и выявить наиболее распространенную патологию среди недоношенных.

Гипотеза 1. Риск преждевременных родов выше у рожениц с гинекологическими заболеваниями.

Гипотеза 2. Риск преждевременных родов выше у рожениц с соматическими (экстрагенитальными) заболеваниями.

Гипотеза 3. Риск преждевременных родов выше у рожениц с отягощенным акушерским анамнезом.

Гипотеза 4. Риск преждевременных родов выше у социально неблагополучных рожениц.

Материал и методы исследования: Нами ретроспективно изучены данные анамнеза, особенности течения гестационного периода и исходы 100 случаев преждевременных родов в акушерском отделении Клиники БГМУ за период 2014-2015г.г. (метод слепой выборки).

Параметры выборки:

1. социальный статус
2. беременность по счету
3. роды по счету
4. пути родоразрешения
5. срок гестации на момент родов
6. гинекологические заболевания в анамнезе
7. соматические заболевания в анамнезе
8. осложнения преждевременных родов

Также проведен анализ перинатальных исходов преждевременных родов по данным статических отчетов служб охраны здоровья матери и ребёнка РБ за период 2010 - 2014 гг. Рассмотрены: динамика структуры родившихся детей по массе тела, динамика перинатальных потерь, структура перинатальной смертности в различных весовых группах .

Параметры выборки:

- пол новорожденного
- вес новорожденного
- рост новорожденного
- патология

Результаты исследования: среди 100 исследуемых женщин

- С неблагоприятным социальным положением (зарегистрированный/ незарегистрированный брак, наличие постоянного места работы) - 8 %
- С отягощенным акушерским анамнезом - 62 % (внематочная беременность 25 %, рубец на матке 22 %, самопроизвольный аборт 5%, медицинский аборт 10 %)
- С гинекологическими заболеваниями в анамнезе - 78 % (эндометриоз, кисты яичников, миомы - 16 %, эрозия шейки матки 34 %, урогенитальные инфекции -28 %)
- С соматическими (экстрагенитальными) заболеваниями- 84 % (РВНС 12%, сахарный диабет 10 %, хронический пиелонефрит 14 %, ожирение 15 %, простудные заболевания 20 %)
- Осложнения беременности и родов - 95 % (патологи отделения последа 5,8%, ПОНРП 17,4%, преждевременное излитие околоплодных вод 44%, преэклампсия 9,3%, анемия 11,6%, длительный безводный период 11,6%, другие 0,3%)

Частота преждевременных родов имеет тенденцию к снижению, доля их в общем количестве родов за 2014 составила 3,6 % (за 2012 год 4,2 %, за 2013 4,0 %)

В динамике структуры родившихся детей по массе тела среди недоношенных доля детей с экстремально низкой массой тела остаётся значимой и составила (0,4% из 6,4 % всех недоношенных). Отмечается ежегодное повышение данного показателя (за 2010 0,05 %, 2011 0,03 % 2012-2013 0,3 %). Это отчасти связано с переходом в 2012 на новые критерии регистрации новорожденных по ВОЗ.

В структуре патологии перинатальной смертности в учреждениях родовспоможения основными причинами являются :

Таблица 1. Структура перинатальной смертности и ее составляющих (%)

по данным учреждений родовспоможения, весом 1000,0 и более

	Перинатальная смертность			Мертворождаемость			Ранняя неонатальная		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Родовая травма	0,6	0,3	0,5	0,4	0	0	0,9	0,9	1,4
Гипоксия, асфиксия	56,2	57,6	55,4	74,6	79,3	79,3	17,7	11,1	7,2
Респираторные нарушения	14,9	16,0	10,5	6,8	4,8	2,5	31,9	40,2	26,6
Инфекции перинатального периода	6,3	7,3	9,5	2,1	2,0	1,1	15,0	18,8	26,6

Гематологические нарушения	0,3	0	0	0	0	0	0,9	0	0
Гемолитическая болезнь новорожденного	0,6	0,8	1,2	0,8	0,8	0,6	0	0,9	3,6
Врожденные пороки развития	9,5	8,2	12,9	3,8	2,8	7,9	21,2	19,7	23,0
Прочие	1,1	1,4	2,1	1,3	1,6	2,1	0,9	0,9	2,2

внутриутробная гипоксия плода – 55,4 %, врожденные пороки развития 12,9 %, респираторные нарушения 10,5 %. Среди причин мертворождаемости на первом месте – гипоксия плода, асфиксия (79,3 %). на втором - врожденные пороки развития (7,9 %), на третьем респираторные нарушения (2,5 %). Причинами ранней неонатальной смертности в учреждениях родовспоможения чаще всего являются: респираторные нарушения и инфекции перинатального исхода (по 26,6 %), врожденные пороки развития (23 %), гипоксия и асфиксия в родах (7,2 %).

Таблица 2.

Динамика перинатальных потерь в РБ по данным учреждений родовспоможения

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014
Перинатальная смертность	6,2	6,6	8,6	8,6	8,6
Мертворождаемость	4,1	4,3	5,7	5,6	5,4
Ранняя неонатальная смертность	2,1	2,3	3,0	3,0	3,2
Перинатальная смертность доношенных	3,6	3,6	3,2	3,2	3,5
Перинатальная смертность недоношенных	53,8	54,3	87,4	84,2	81,4

Перинатальной смертность недоношенных детей не снижается и составила 8,6 %, как за счёт ante-и интранатальных потерь, так и вследствие ранней неонатальной смертности.

Основную долю перинатальных потерь составляют маловесные дети. Положительным моментом является то, что в данной группе наблюдается снижение смертности (дать показатели)

Интерпретации и выводы: Таким образом, изучение исходов преждевременных родов и случаев недоношенности выявило структуру возможных причин преждевременных родов, в которой наибольшую роль играют отягощенный гинекологический и акушерский анамнез, высокая частота гинекологической и соматической патологии, что повышает частоту осложнений во время беременности, родов и заболеваний у недоношенных. С целью улучшения перинатальных исходов при невынашивании, требуется своевременное оздоровление женщин до беременности, совершенствование программ прегравидарной

подготовки, тактики ведения беременности в группах риска по невынашиванию, применение современных технологий выхаживания недоношенных новорожденных.

Литература

1. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных / Под ред. К.В. Орехова. М.: Медпрактика, 2002. 252 с.
2. Игнатко И.В., Октябрьская Е.А. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т. 3, №1. С. 20-25.
3. Акушерство и гинекология: Клин. рек. / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005. 512 с.
4. Отчет службы охраны здоровья матери и ребенка в Республике Башкортостан от 2014 г.
5. Основы перинатологии: Учебник. / Под ред. Н.П. Шабанова, Ю.В. Цвелева. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 633 с.
6. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. // Акушерство и гинекология. 2005. №3. С. 3-7.

УДК: 618.39-085.2/.3

Е.Д. Макарова, А.Р.Гайбадуллина, Л.Р. Ложкина, М.А.Дунюшкина
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МИФЕПРИСТОН С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ
АБОРТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

**Кафедра акушерства и гинекологии №3, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Искусственное прерывание беременности остаётся наиболее часто выполняемым вмешательством в гинекологии, как в мире, так и в России. По данным статистики в Российской Федерации за 2014г. было проведено 930 тыс. аборт, в Республике Башкортостан - более 18 тыс.

Ключевые слова: аборт, мифепристо, репродуктивное здоровье

Makarova K.D., Gaybadyllina A.R., Lozhkina L.R., Dunyshkina M.A.

**USE OF THE DRUG MIFEPRISTONE TO INDUCE ABORTION IN THE SECOND
TRIMESTER**

Department bstetrics and gynecology № 3, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Abortion remains the most frequently performed intervention in gynecology , both in the world and in Russia . According to statistics in the Russian Federation for 2014 . It was carried out 930 thousand abortions in the Republic of Bashkortostan - . more than 18 thousand .

Keywords: Abortion, Mifepristone, reproductive health

Актуальность. Длительное время основным методом прерывания беременности оставалась хирургическая операция – выскабливание полости матки, влекущая за собой большое количество осложнений. В последние годы технологии аборта совершенствуются. Разрабатываются безопасные, эффективные методы проведения аборта. Одним из них является индуцированный аборт препаратом Мифепристон. Препарат был изобретен в конце 90-х годов врачами Франции и использовался как надежный способ прерывания беременности сначала во Франции, а в настоящее время во всем мире. В России препарат применяется с 1998г. К 2015г. Мифепристон показал себя как эффективный метод прерывания беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи). Его применение с целью индукции аборта во втором триместре изучается. Улучшение методов прерывания беременности во втором триместре представляет актуальность, в связи с высокими рисками серьезных осложнений при выполнении аборта.

Цель: Изучить эффективность и влияние на здоровье женщины медикаментозного метода индукции аборта во втором триместре с использованием препарата Мифепристон.

Материалы и методы:

Ретроспективно проведен анализ 103 историй болезни женщин за период 2013г. – 2015г. гинекологического отделения ГKB №21 г. Уфы, которым для прерывания беременности во втором триместре (более 12 недель) применен препарат Мифепристон и Мифепристон в комбинации с препаратом *Мизопропол*.

Мифепристон - синтетическое стероидное антипрогестагенное средство.

Мизопропол – синтетическое производное простагландина E1+

Возраст беременных составил от 16 до 43 лет.

Показаниями для проведения индукции аборта явились: несостоявшийся аборт - 35 случаев (33,9%); преждевременное излитие околоплодных вод - 22 случая (21,3%); прерывание беременности по медицинским показаниям: врожденные пороки развития плода - 31 случай (30,0%) , экстрагенитальные заболевания беременной -10 (9,7%), прогрессирующий медицинский аборт - 2 случая (1,9%), физиологическая незрелость - 1 случай (0,97%), прерывание по социальным показаниям - 1 случай (0,97a%).

Перед проведением индукции аборта всем беременным проводилось обследование по стандарту, включающее УЗИ органов малого таза.

Результаты и выводы:

Исследование показало, что первобеременных пациенток было 28,1% (29 женщин), повторобеременных - 71,8% (74 женщин). В анамнезе у повторобеременных женщин было установлено: 37 женщин (35,9%) ранее прерывали беременность посредством медицинского аборта, у 17 (16,5 %) женщин имел место самопроизвольный выкидыш, у 1 женщины (0,97%) - внематочная беременность.

Соматическую патологию имели 30% пациенток (31 женщина). Среди экстрагенитальных заболеваний чаще всего встречались хронические заболевания легких - 28% пациенток (28 женщин) , 4,6% пациенток (4 женщины) перенесли сифилис.

Гинекологические заболевания в анамнезе выявлены у 41 женщины (39,8%): эрозии шейки матки 16 случаев (15,5%), вагинит - 6 случая (5,8%), миома - 3 случая (2,8%), киста яичника - 3 случая (2,8%), бесплодие – 3 случая (2,8%), хронический эндометрит – 1 случай (0,97%).

Сроки беременности, при которых проводилась индукция аборта, составили: с 13 по 15 неделю – 27 женщин (26,2%), с 16 – 19 неделю – 37 женщин (35,5%), 20 по 23 неделю - 39 женщин (37,8%).

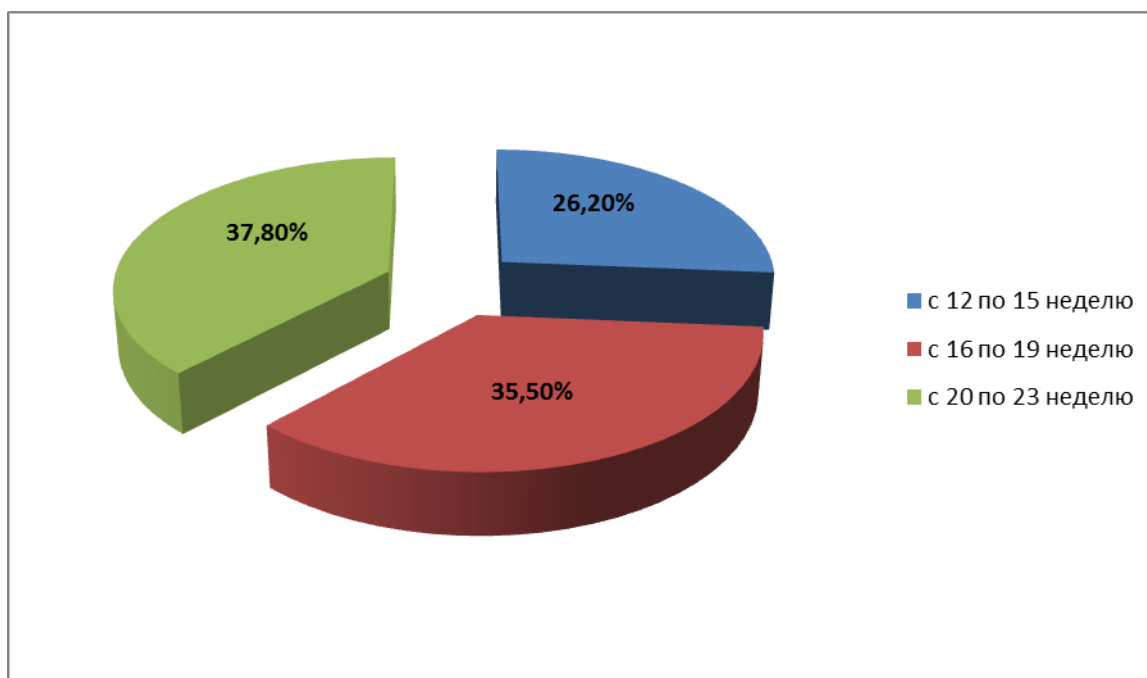


Рис. 1 Сроки беременности при индукции аборта мифепристоном.

Индукция аборта проводилась по схемам:

- оральный прием препарата мифепристона (200г) – применена у 6 женщин (5,8%);
- оральный прием препарата мифепристона (200 мг) и препарата мизопростола (800 мг вагинально с последующим пероральным приемом по 400 мг через каждые 3 часа либо только 800 мг вагинально) – применена у 97 женщин (94,2%).

Из 97 женщин, индукция аборта по схеме мифепристон в комбинации с мизопростолом в дозировке 800 мг вагинальн +400мг применена у 54 женщины (55,6%), в дозировке 800 мг вагинально - у 43 женщины (44,4%).

Промежуток времени между индукцией и собственно абортом составил: в течении 24 час. - у 8 женщин (7,7%), в течении 48 час. – у 53 женщин (51,4%), в течении 72 час. – у 27 женщин (26,2%). У 8 женщин (7,7%) аборт произошел через 3 дня, у 7 женщин (7,0%) через 4 дня.

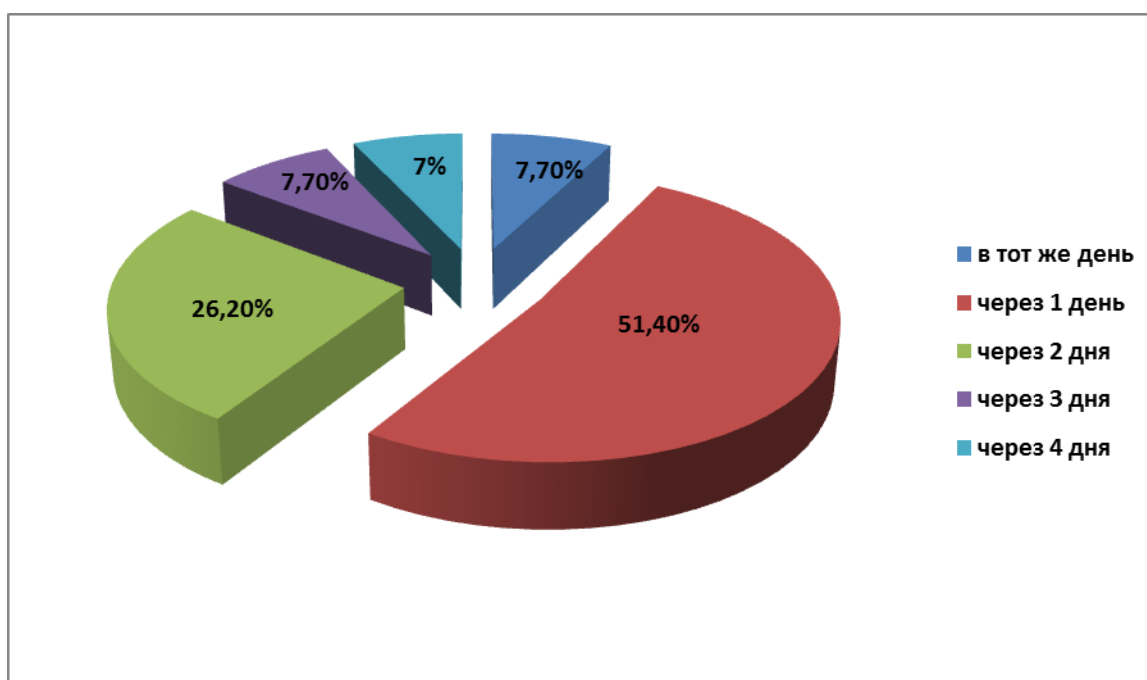


Рис. 2 Промежуток времени между индукцией и собственно абортом.

При наблюдении за пациентками при проведении индукции аборта у 30 женщин (28,8) наблюдались эпизоды подъема температуры (менее 38°C). У 94 женщины (91,2%) отмечались болезненные сокращения матки, в связи с чем назначались анальгетические средства и спазмолитики.

Эффективное проведение индуцированного аборта в изучаемой нами группе установлено в 100 случаях (97%). В 3 случаях незавершения процесса аборта и возникшего кровотечения произведена вакуум-аспирация полости матки - 2 случая и выскабливание полости матки у - 1 случай.

В послеабортном периоде проводились реабилитационные мероприятия: физиотерапия – получили 54 женщины (54%), антибиотикотерапия - 64 женщины (64%), утеротонические средства - 36 женщин (36%), антианемическая терапия 9 (9%). Среднее пребывание в стационаре составило 7 дней+

Выводы:

1. Как показало проведенное исследование, применение с целью индукции аборта во втором триместре мифепристона и мифепристона в комбинации с мизопростолом является эффективным методом. в, так и по. Он успешно может быть применен в случаях прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям и в случаях несостоявшегося аборта.

2. У аборта с применением мифепристона есть большое количество преимуществ: высокая эффективность, атравматичность, отсутствие необходимости

применения анестезиологического пособия, отсутствие осложнений в большинстве случаев, что благоприятно влияет на репродуктивное здоровья женщины.

3. Проведенное нами исследование показало эффективность, безопасность медикаментозного аборта во втором триместре с применением мифепристона и последующего введения мизопростола.

УДК 618.3-06

Р.И. Нуртдинова, А.Р. Закиров

**КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Кафедра акушерства и гинекологии №3, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В данной работе представлены результаты анонимного анкетирования среди пациенток родильного дома Клиники БГМУ с целью изучения особенностей течения беременности и родов у женщин, страдающих табачной зависимостью.

Ключевые слова. Курение, беременность, осложнения беременности.

R.I. Nurtdinova, A.R. Zakirov

SMOKING AS A RISK FACTOR COMPLICATIONS DURING PREGNANCY

Department of Obstetrics and Gynecology №3, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. This paper presents the results of an anonymous survey among patients Maternity Hospital Clinic BSMU to study the characteristics of the course of pregnancy and childbirth in women suffering from tobacco addiction.

Keywords. Smoking, pregnancy, complications of pregnancy.

Актуальность. Табакокурение - наиболее распространенный вид токсической зависимости среди населения Земного шара. С начала XX века возросло число курильщиц - девушек и женщин [2]. Известно, что никотин пагубно влияет как на здоровье матери, так и на здоровье плода. Курение матери приводит к тому, что к плоду проникают токсичные вещества, которые содержатся в табачном дыму, ухудшается маточно-плацентарный кровоток, развивается плацентарная недостаточность, повышается образование карбоксигемоглобина, снижается парциальное давление кислорода в крови [5]. Изменение физиологии беременности может привести к гипоксии, преждевременным родам, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, порокам развития плода [1,3]. В результате курение во время беременности может привести к тяжелым последствиям для матери и ее будущего ребенка [4].

Цель. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин, страдающих табачной зависимостью.

Материалы и методы. Проведено выборочное проспективное обследование 78 пациенток родильного дома клиники БГМУ в возрасте 19-40 лет. Выявление курящих

беременных проводилось путем сбора анамнеза. Опрос проводился в форме добровольного анонимного анкетирования, включающего вопросы о течении беременности и родов, стаже курения. Оценка степени табачной зависимости проводилась с помощью валидизированного теста Фагерстрема.

В первую группу вошли 34 курящих женщины, в группу сравнения вошли 44 женщины, отрицающих курение в анамнезе. Обработка данных проводилась в программе Excel.

Результаты и обсуждение. Средний возраст в I группе (курящих) составил 29,6 лет, во II (сравнения) - 26,8 лет.

В группе курящих первобеременных было 29,4%, а повторнобеременных - 70,6%; в группе сравнения - 34% и 66% соответственно.

56% опрошенных курили до беременности, но прекратили курение во время беременности, 12% продолжили курение во время беременности, из них 3% - во время всех беременностей. 32% опрошенных прекратили курение задолго до беременности. Стаж непрерывного курения от 1 до 3-х лет отметили 23% респонденток, от 7 до 10 лет -15%. По результатам теста Фагерстрема 85,3% курящих женщин имели низкий уровень никотиновой зависимости, а 14,7% - средний.

Среди осложнений беременности в группе курящих преобладали гестозы (23%), анемия беременных (20%), внутриутробная гипоксия плода (15%). В структуре осложнений беременности в группе сравнения превалировали анемия (20%), внутриутробная гипоксия плода (9%), гестозы (7%).

В группе курящих у 29% опрошенных произошли поздние преждевременные роды, у 12% – ранние преждевременные роды (рис.1), тогда как в группе сравнения 9% и 2% соответственно. У 6% опрошенных группы курящих роды закончились рождением ребенка с очень низкой массой тела, у 29% - с низкой массой тела, у 56%– с массой тела ребенка 2500-4500г, а у 9% опрошенных – масса ребенка более 4500г. (рис. 2).

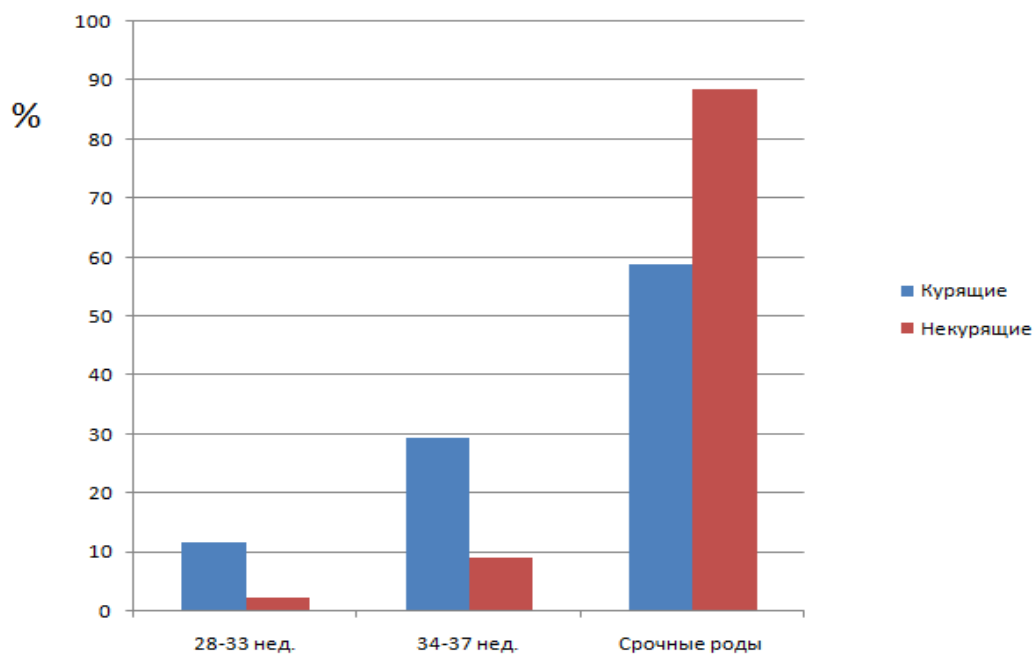


Рис.1. Частота преждевременных родов у некурящих и курящих женщин.

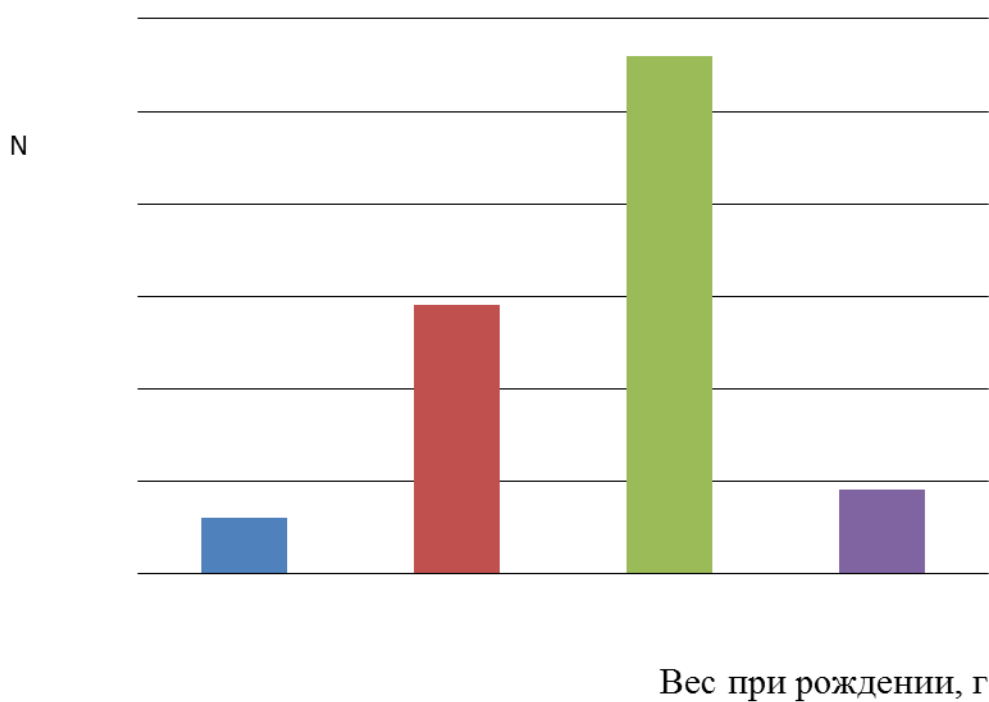


Рисунок 2. Масса новорожденных у группы курящих

Заключение и выводы. Курение во время беременности повышает риск как осложнений беременности, так и ухудшает исходы родов. Так преждевременные роды и рождение недоношенных детей в группе курящих происходили в 4 раза чаще, чем в группе сравнения.

Литература

1. Бочков Н. П. Влияние психоактивных веществ на развитие эмбриона и плода: (обзор литературы) / Н. П. Бочков, В. Б. Васечкин // Наркология. – 2004. – № 2. – С. 23–30
2. Вартамян Ф. Е. Курение и здоровье населения / Ф. Е. Вартамян, Гэн Цин Жу, С. В. Рожецкая // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 3. – С. 32–35.
3. Гунько Л.В., Ахмина К.Н. Влияние табакокурения на потомство родителей//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2007.- №4.-С.84-90.
4. Левченко Л.А., Устинова Я.Е. Курение и беременность (обзор литературы)// Неонатология -2009. -№3. - С.18.
5. Коновалова С. Г. Экологическая морфология фетоплацентарной системы: (обзор литературы) / С. Г. Коновалова, Н. А. Конкиева // Экология человека. – 2005. – № 2. – С. 17–24.

НЕВРОЛОГИЯ, НАРКОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.8-009.1-085.851.8

Л.В. Селиванова, А.И. Сагидуллина, Н.М. Блинова, Ш.М.Сафин

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК НА УСПЕВАЕМОСТЬ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ СТУДЕНТОВ

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Авторами выявлено и изучено влияние иррациональной установки на успеваемость и уровень депрессии у студентов. Продемонстрирована связь между средним баллом оценок и уровнем выраженности иррациональных установок "долженствования по отношению к себе".

Ключевые слова: депрессия, иррациональные установки, успеваемость.

Kadyrova, E. A., Selivanova V. L., Sagidulina A. I., Blinova N. M., Safin Sh. M.

A STUDY OF THE IMPACT OF IRRATIONAL ATTITUDES ON ACADEMIC PERFORMANCE AND DEPRESSION LEVEL OF STUDENTS

Bashkir state medical University, Ufa

Resume. The authors identified and studied the influence of irrational installations on academic performance and depression level in students. Demonstrated the relationship between the average score of the assessments and the level of expression of irrational attitudes "of obligation in relation to itself".

Keywords: depression, irrational attitudes, academic performance.

Актуальность: Депрессия остается главной проблемой психического здоровья молодежи. Одним из подходов к ее профилактике, доказавших свою эффективность, является психо-образование, основанное на когнитивно-поведенческом подходе[1,2,5]. К сожалению средства массовой информации редко предоставляют нужную информацию и часто формируют иррациональные установки у молодежи, способствуют неадаптивному восприятию реальности. Поэтому изучение распространенности и уровню выраженности иррационального мышления у молодежи является актуальным[1,5].

Целью нашего исследования явилось выявление влияния иррациональных установок на успеваемость и уровень депрессии у студентов и проверка гипотезы: зависит ли уровень депрессии студента от наличия иррациональных мыслей.

Материалы и методы: Опрос проводился у 23 студентов стоматологического факультета 4 курса. Для исследования иррациональных установок использовался тест

Эллиса. Методика диагностики иррациональных установок (Irrational Belief Scale) разработана американским когнитивным терапевтом Альбертом Эллисом (Albert Ellis) на основе собственной теории рационально-эмотивной терапии (РЭТ). Согласно этой теории, негативные эмоции появляются у людей не вследствие окружающих их событий, а вследствие их негативной интерпретации людьми из-за иррациональных убеждений, усвоенных с детства и в течение жизни. Методика диагностики наличия и выраженности иррациональных установок призвана выявить эти иррациональные установки, осознать их отрицательное влияние на эмоции, и тем самым приблизить личность к состоянию эмоционального благополучия[2,3].

В тесте А. Эллиса 50 вопросов, 6 шкал, из них 4 шкалы - основные и соответствуют 4 группам иррациональных установок мышления, выделенным автором: "катастрофизация", "долженствование в отношении себя", "долженствование в отношении других", "оценочная установка". Шкала "катастрофизации" отражает восприятие людьми различных неблагоприятных событий. Низкий балл по этой шкале свидетельствует о том, что человеку свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое, в то время как высокий балл говорит об обратном. Показатели шкал "долженствования в отношении себя" и "долженствования в отношении других" указывают на наличие либо отсутствие чрезмерно высоких требований к себе и другим. Другие две шкалы - оценка фрустрационной толерантности личности, которая отражает степень переносимости различных фрустраций (т.е. показывает уровень стрессоустойчивости) и общая оценка степени рациональности мышления[4].

Также оценивали уровень депрессии по опроснику Бека. Тест-опросник содержит 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии, (Beck Depression Inventory) был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии. Для обработки результатов использовалась программа Statistika 6.

Результаты и обсуждения. Средний возраст студентов составил $20,23 \pm 0,2$ года.

Юноши составили 26 %, девушки - 74%. Результаты теста Эллиса приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты по шкалам теста Эллиса.

Шкала Эллиса	Среднее	Минимальное	Максимальн	Стандартн	Ошибк
--------------	---------	-------------	------------	-----------	-------

	арифметическое (баллы)	значение 95% доверительного интервала	о е значение 95% доверительного интервала	о е отклонение (баллы)	а среднее
Катастрофизация	16,86	15,64	18,09	2,83	0,59
долженствование в отношении себя	16,69	15,15	18,24	3,57	0,74
долженствование в отношении других	18,13	16,73	19,52	3,22	0,67
Самооценка и рациональность мышления	17,73	16,32	19,15	3,26	0,68
Фрустрационная толерантность	18,73	17,34	20,13	3,22	0,67

Средний балл по всем шкалам был в пределах среднего уровня иррациональных установок и средней вероятности развития стресса. Катастрофизация была сильно выражена у 26% студентов (тест Эллиса ниже 15 баллов), долженствование в отношении себя у 30%, долженствование в отношении других 7%, самооценка и рациональность мышления была низкой у 13%, фрустрационная толерантность 7%. Иррациональные установки отсутствуют в отношении катастрофизации и долженствование к себе у 1 студента, долженствование в отношении других, самооценки и рациональности мышления у 13%, высокая фрустрационная толерантность была у 22 % студентов.

Средний балл по успеваемости составил $4,04 \pm 0,18$. Найдена достоверная корреляционная связь между средним баллом зачетной книжки и 2 шкалой по тесту Эллиса : $r = -0,55$, $p = 0,027$ (где r -это сила связи, а p - достоверность связи). Связь отрицательная, что означает, чем выше успеваемость, тем ниже баллы по тесту Эллиса – 2-я шкала указывает на повышенные требования к себе. По остальным шкалам статистически значимой корреляции со средним баллом зачетки не было обнаружено.

По результатам тестирования на уровень депрессии было выявлено следующее: Средний бал депрессии по опроснику Бека в исследуемой группе составил $10,3 \pm 1,72$. Что соответствует нижней границе легкой депрессии. Отсутствие депрессии - у 11 человек (48%) , легкая депрессия у 6 человек (26%), умеренная депрессия у 1 человека (5%), выраженная депрессия - у 5 человек (21%), тяжелая депрессия не выявлена ни у кого.

Нами была найдена достоверная корреляционная связь между 3-й шкалой Эллиса и тестом Бека ($r = 0,21$ и $P = 0,027$). Связь положительная, что может говорить о том, что чем выше баллы по этой шкале, тем выше балл депрессии, т.е. чем меньше чрезмерно высоких требований к другим предъявляет студент, тем больше у него признаков депрессии. Нами не было выявлено достоверной корреляционной связи между тестом Бека и другими шкалами теста Эллиса. Наблюдалась тенденция к отрицательной зависимости остальных 4-х шкал от теста Бека.

Выводы: Таким образом, в группе студентов стоматологического факультета БГМУ, отмечена средняя вероятность возникновения и развития стресса и низкий процент студентов у которых иррациональные установки отсутствуют полностью. Так же выявлена связь успеваемости с уровнем выраженности иррациональных установок "долженствования по отношению к себе". Психо-образовательные методы могут повысить рациональность мышления студентов и служить средством профилактики депрессии в данной возрастной категории.

Литература

1. Бернс Д. Хорошее самочувствие: Новая терапия настроений / Пер. с англ. Л. Славина — М.: Вече Персей,, АСТ, 1995.— 400 с
2. Захарова М.Л. Особенности диагностики когнитивных искажений у больных неврозами // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 140-летию кафедры душевных и нервных болезней ВМА. — СПб, 2000. — Стр. 162
3. Никифорова Г. С Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. проф. Г. С. Никифорова. - СПб.: Речь, 2007. - 950 с.
4. Пачганова С. С., Зуевская Т. В. Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения. 2015 № 9, с. 22
5. Calcar A, Christensen H, Mackinnon A, Griffiths K. Adherence to the MoodGYM program: Outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders*. 2013;147(1-3):338-344. doi:10.1016/j.jad.2012.11.036.

УДК 616.85-053.2

Э.З. Садыкова, Т.Ю. Ребекина, Ш.Р.Бадретдинов

НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье проведен анализ общепризнанных теоретических знаний о неврозах у детей и подростков

Ключевые слова: невроз, дети.

Sadykova E.Z., Rebekina T.Y., Badretdinov Sh.R..

NEUROSES IN CHILDREN

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract.. This article analyzes the generally accepted theoretical knowledge of the neuroses in children and adolescents

Keywords. neurosis , children.

Цель исследования: изучение в теоретическом аспекте проявлений невроза у детей и подростков.

Материалы и методы: анализ научных публикаций и основных концепций по теме исследования.

Актуальность: Неврозы у детей и подростков - самый распространенный вид нервно-психической патологии. Последствия невротических расстройств влияют на будущую жизнь ребенка, существенно определяя не только состояние его нервно-психического и психосоматического здоровья, но и особенности развития личности, сказываясь на всех уровнях и формах адаптации. Распространенность неврозов в детском и подростковом возрасте достаточно широкая и составляет от 15 до 25 % [1].

Результаты и осуждения: Велика потребность в детском и подростковом возрасте в общении со сверстниками, проявляющаяся также потребностью ролевой идентификации с родителем того же пола при сохраняющемся чувстве любви и привязанности к родителю другого пола. Блокирование этих потребностей, отсутствие чувства безопасности и уверенности в себе, равно как и переживаемый опыт жизненных неудач, дают о себе знать в виде длительного стресса, проявляемого впоследствии клинической картиной невроза. В 64% невроз возникает в дошкольном и в 36% - в школьном возрасте. Неврозы являются болезненными формами реакций нервной системы на травмирующие психику ситуации, поэтому иначе их называют психогенными патологическими реакциями. Болезненное

действие психической травмы во многом зависит от возраста ребенка и индивидуальных особенностей нервной системы [1].

Исследования в школах показывают, что около 28% детей обладают неуравновешенной психикой и нуждаются в специальной психологической помощи. Для большинства детей уже само поступление в школу становится сложным испытанием. Много зависит от того, как ребенок справляется с трудностями, какие способы решения проблем, связанных с вхождением в школьную жизнь, выбирает он сам, к сожалению, часто эти проблемы остаются неразрешимыми. А при отсутствии помощи со стороны школьного психолога, педагога, родителей у таких детей и возникают различные формы «школьных неврозов» [2].

Понятие «школьный невроз» более глубоко объясняет причины возникновения отклонений в поведении учащихся. В этом понятии раскрываются не только отрицательные воздействия со стороны учителя, школы, но и влияние неправильного воспитания в семье, индивидуальные особенности учащихся. Чрезмерное переутомление, перегрузка учащихся также могут являться причиной возникновения невротических расстройств [3].

Для невроза характерно: 1. Наличие психогенного этиологического фактора; 2. разнообразие и динамичность клиники; 3. обратимость симптоматики; 4. отсутствие патологоанатомического (морфологического, органического) субстрата [1]. В этиопатогенезе невроза играют роль действие следующих факторов: 1. конституция и нервно-соматическая ослабленность организма; 2. преморбидные особенности и возраст; 3. неблагоприятная жизненная ситуация; 4. психическая травма и внутренний конфликт; 5. нервно-психическое напряжение; 6. Патофизиология; 7. изменения личности [2].

Выделяют следующие виды неврозов: 1. неврастения; 2. истерический невроз; 3. невроз навязчивых состояний; 4. обсессивно-фобический невроз; 5. ипохондрический невроз; 6. нервная анорексия; 7. другие виды невроза: энурез, энкопрез, заикание, тики, писчий спазм.

Диагностика неврозов представляет собой одну из наиболее сложных проблем психиатрии. Мягкий сглаженный характер симптоматики, отсутствие методов объективного подтверждения диагноза приводят во многих случаях к тому, что под диагнозом невроз специалист не замечает начальных признаков более тяжелых и опасных заболеваний. Характерный для неврастения астенический синдром может быть обусловлен различными экзогенными и органическими причинами, маскированной депрессией и легкими проявлениями апатии в дебюте шизофренического процесса. Навязчивости могут быть проявлением не только неврозов, но и малопрогредиентной шизофрении. Дифференциальная диагностика при истерическом неврозе проводится с расстройствами, наблюдаемыми при органическом поражении центральной нервной системы, малопрогредиентной шизофрении. Так следует ограничивать расстройства

при истерической слепоте и афонии от физиологических нарушений деятельности анализаторов.

При дифференциальной диагностике истерических параличей и парезов имеет значение их локализация, не соответствующая иннервации. Не соответствующую неврологическим данным локализацию имеют также истерические анестезии и болевые ощущения, часто они не поддаются воздействию болеутоляющих средств, хорошо снимающих боли иного характера.

Необходимо исключать возможные органические причины возникновения энуреза. Органические факторы наиболее часто обнаруживаются у детей, у которых имеется дневной и ночной энурез, сочетающийся с частым мочеиспусканием и срочной необходимостью опорожнить мочевой пузырь. Они включают: нарушения мочеполовой системы - структурные, неврологические, инфекционные; органические расстройства, обуславливающие полиурию - сахарный или несахарный диабет; расстройства сознания и сна; побочные явления лечения некоторыми антипсихотическими препаратами, например, тиоридазином.

Диагностика невротического энкопреза строится на основе сочетания непроизвольного недержания кала с различными невротическими нарушениями при наличии той или иной ситуации, травмирующей ребенка. Дифференциальный диагноз следует проводить с симптомом энкопреза при олигофрении, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, а также с недержанием кала при мегаколоне и заболеваниях спинного мозга.

Дифференциальная диагностика облегчается анализом структуры личности ребенка, способов его реагирования, психогенного возникновения истерического симптома, его клинической динамики.

Заключение и выводы: В современном обществе дети и подростки имеют высокий риск развития невротических состояний. Возможным решением проблемы станет разработка программы по ранней профилактике, диагностике и лечению неврозов. Необходимо усилить на современном этапе и патронаж неблагополучных семей, психопрофилактическую работу с будущими родителями. Включение внеурочных занятий в программы образовательных учреждениях разного профиля, обучающие молодое поколение правильным межличностным отношениям в обществе, нахождению выхода из конфликтных ситуаций без «потери» с обеих конфликтующих сторон, нахождению своего места в жизни.

Литература

1. Д. В. Марушкин, Н. Я. Оруджев. Неврозы у детей и подростков. Волгоград: ВолГМУ, 2007 С-2-40

2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Ленинград: Медицина, Ленинградское отделение, 1988г.С- 4-78
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Ленинград: Медицина, Ленинградское отделение, 1985г. С-3-88
4. Жариков Н.М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия, 2002г. С-5-44

УДК 616.899-053.2

Т.Ю. Ребекина, О.А.Пермякова

**АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-
КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Исследование проводилось с целью анализа клинических проявлений аутизма у детей, распространенности в зависимости от пола, оценка эффективности лечебной и коррекционной работы

Ключевые слова. аутизм, дети, клинические проявления аутизма..

Rebekina Tatyana Yuryevna, Olga Alekseyevna Permjakova

**ANALYSIS OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS AND EVALUATION OF
MEDICAL AND CORRECTIONAL WORK OF AUTISM IN CHILDREN**

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. The study was conducted to analyze the clinical manifestations of autism in children , the prevalence according to gender , evaluation of the effectiveness medical and correctional work

Keywords. Autism, children , the clinical manifestations of autism

Актуальность: В настоящее время отмечается рост распространенности РАС. По моему мнению, причиной этому явились современные взгляды на клинические проявления, методы диагностики и постановки диагноза. Это позволило выделить аутизм, как самостоятельную нозологическую единицу. Но неуклонно растет и сама численность пациентов страдающих этим расстройством. Имеют место различные гипотезы этиологии: социальные, психологические, биологические и даже экологические. Существующие гипотезы не исключают друг друга, и причинами могут быть их одновременное влияние.

Цель исследования: Мое исследование было проведено с целью анализа клинических проявлений аутизма у детей. Во время работы я смогла пронаблюдать зависимость от пола и возраста, а также пронаблюдать некоторые факторы риска. Исследование также позволило оценить проводимую лечебно-коррекционную работу.

Материалы и методы: Мною было проведено единовременное, выборочное исследование когортным методом. Сбор материала осуществлялся методом выкопировки сведений из медицинской документации.

Результаты: В период с 2013 года по 2015 года специализированную медицинскую помощь получили 73 ребенка с аутизмом (F 84.0-.5) в возрасте от 1года 4 месяцев и до 11лет.

В ходе анализа было выявлено, что среди госпитализированных детей мальчиков преимущественно больше девочек (2:1). По данным проведенного исследования, определенную роль в развитии аутизма сыграли перинатальные факторы риска. У большинства детей (91%) обнаруживались в анамнезе гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС, резидуальная энцефалопатия, а также отставание в психоречевом (96,8%) и моторном (16%) развитии. Со слов родителей у детей после прививки АКДС отмечался регресс в ранее приобретенных навыках (3-5%). Клинические проявления распределились следующим образом: задержка в речевом развитии (94,7%), замкнутость (девочки 63%, мальчики 34%), неусидчивость (девочки 79%, мальчики 71%), раздражительность (девочки 15,8%, мальчики 15%), сниженное внимание (98,2%), стереотипные движения и игры (девочки -58%, мальчики- 52%), сниженное понимание обращенной речи (девочки 52,9%, мальчики 65,4%) (рис.1).

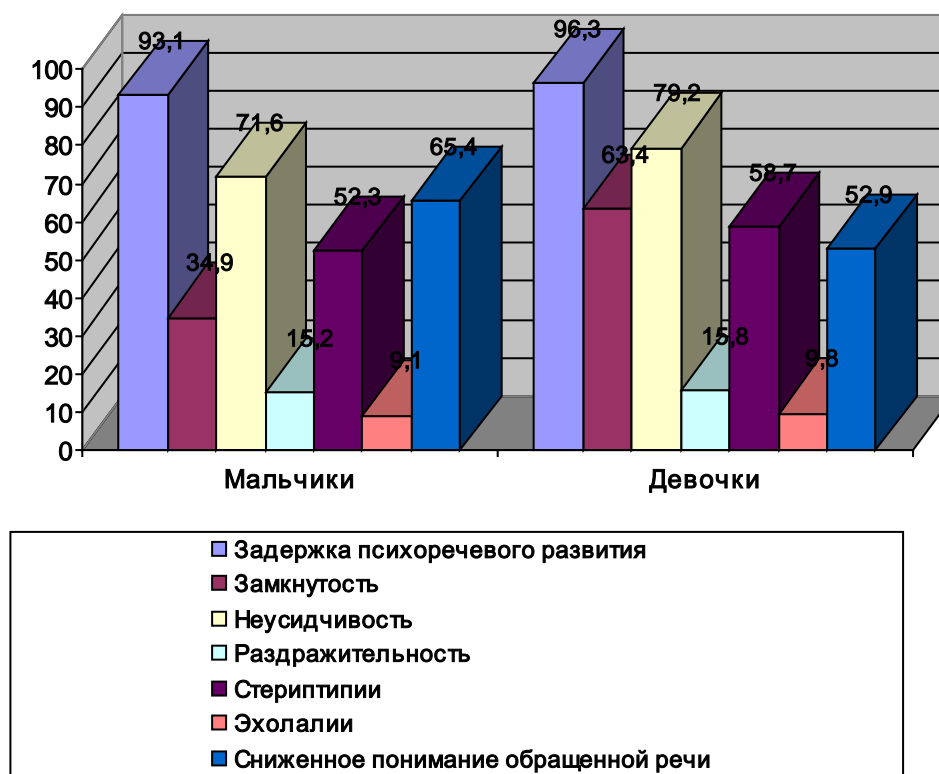


Рис.1 Распределение клинических признаков аутизма у детей в зависимости от пола.

Терапия аутистических расстройств носит преимущественно симптоматический характер. Основными направлениями в лечении являются фармакотерапия, психотерапия, коррекционная, логопедическая и педагогическая работа. Проведенная лечебная и коррекционная работа дали положительные результаты. Отмечается развитие пассивного словаря и мелкой моторики (82,7%); улучшение познавательной активности и учебных навыков (52,6%); уменьшение эхолалий (31,6%); У пациентов проходит раздражительность, агрессия и аутоагрессия (15,8%); нормализуется настроение (32,3%). Отмечается

положительная динамика в целенаправленной мотивированной деятельности (31,6%), в развитии произвольного внимания (34,2%). Значительные результаты дает логокоррекция: пациенты запомнили речевые игры с пальчиками и охотно выполняют их (83,4%). У детей стало формироваться звукоподражание, простые фразы и предложений (36,1%).

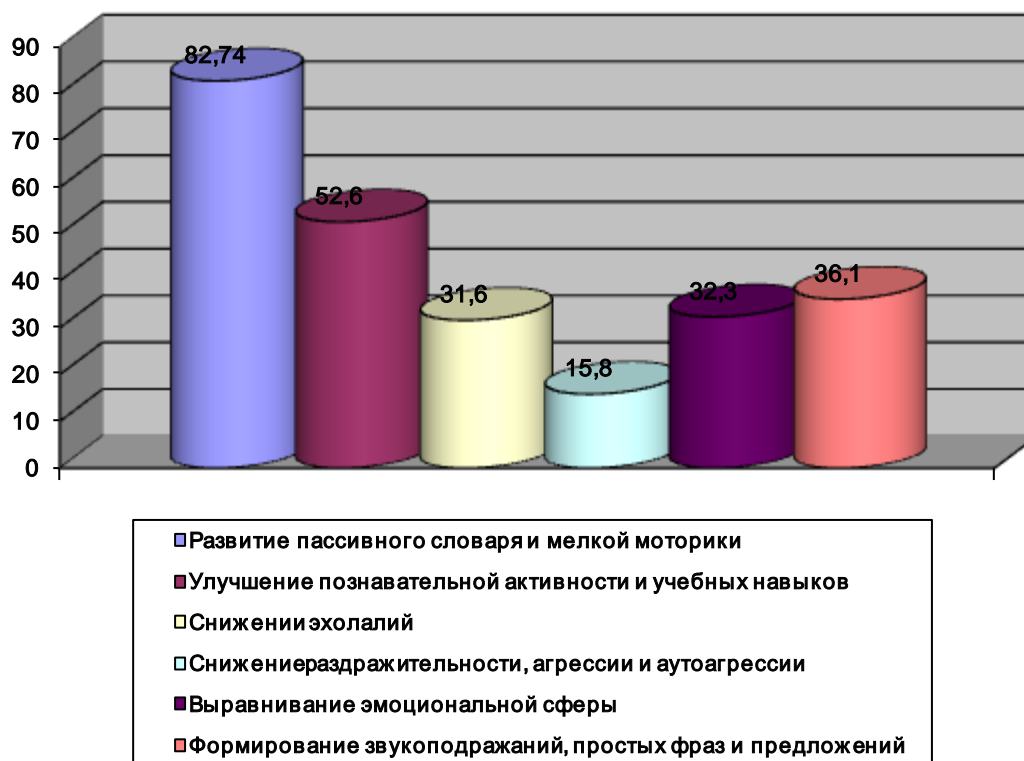


Рис.2 Оценка лечебно-коррекционной работы

Заключение и выводы: Таким образом, становится очевидным, что трудна ранняя диагностика, та как широк спектр проявлений, отсутствует единое мнение о этиологии и патогенезе, лишены результативности лабораторно-инструментальные методы диагностики аутизма. Недостаточная информированность населения о данной патологии, приводит к позднему обращению за специализированной помощью. Из опыта отечественных и зарубежных практик видно, что лишь своевременная диагностика, вовремя начатая лечебно-коррекционная работа дают положительные результаты. Благодаря этому у пациентов с аутизмом появляется возможность обучаться и адаптироваться в социуме в разных вариациях.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г. « Психиатрия. Национальное руководство», Москва 2014.

2. Воронков Б.В. « Психиатрия детского и подросткового возраста», Санкт- Петербург 2012.
3. Шевченко Ю.С. «Детская и подростковая психиатрия», Москва 2011.
4. Тигранов А.С. « Аутистические расстройства. Руководство по психиатрии» Москва 1999.

УДК 159.9.072.432

Э.А.Султанова, С.Э.Ф.Рамадхани, О.А. Пермякова

**ВЗАИМОСВЯЗЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ОСМЫСЛЕННОСТИ ЖИЗНИ
СТУДЕНТОВ**

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии с курсами ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет г.Уфа, Россия

Резюме. Цель исследования: изучить один из факторов, который влияет на успеваемость студентов, в частности «осмысленность жизни», понимания цели, процесса и результативности жизни. Оценить взаимосвязь «осмысленности жизни» и успеваемости студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Ключевые слова. Осмысленность жизни, успеваемость, смысл, жизненные ориентации.

SULTANOVA E.A, RAMADHANI S.E.F, PERMYAKOVA O.A

**RELATIONS BETWEEN STUDY PROGRESS AND THE UNDERSTANDING OF
LIFE MEANING OF STUDENT**

Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Abstract. Research study of influencing factors on progression study of students, including the understanding of life meaning which reflected in the understanding of life goal, process, and its achievement. The study evaluates the relations of life meaning and study progress of students of Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

Keywords. Life meaning, study progress, life orientation, goal.

Актуальность: В наше время подготовка высококвалифицированных медицинских кадров, владеющих новейшими технологиями, является одной из важнейших задач образования, от которой в немалой степени зависит качество оказания медицинской помощи и здоровье населения страны. Успешность врача в профессиональной сфере прямым образом зависит от успеваемости студента в вузе. Мы обратили внимание на незначительное количество публикаций на эту тему.

Успеваемость студента зависит от ряда факторов: интеллекта, обучаемости, усидчивости, желания учиться, материальных условий и многого другого[2]. Интеллект реализуется при помощи способности познавать, обучаться, мыслить логически, систематизировать информацию при помощи ее анализа. Финансовое положение семьи влияет на успеваемость студента: чем лучше у студента финансовое положение, тем ниже

его успеваемость и наоборот. Многие ленивые студенты учатся лишь потому, что родители платят за обучение и заставляют посещать занятия, дабы не выкинуть деньги «на ветер». Место проживания характеризует условия, в которых студент имеет возможность к самоподготовке и самообучению. Наличие серьезного увлечения «хобби» у студента может сократить время на подготовку к занятиям. Работающие студенты также сокращают время на подготовку, что, несомненно, сказывается на успеваемости, но есть и плюсы – такие студенты имеют много практики.

Важным условием является наличие мотивации к учебе[3]. Она служит побудительной причиной или поводом к действию. Для студентов мотивацией к образовательному процессу могут быть реализация личностных потребностей, достижение высокого материального уровня, получение диплома и востребованность в обществе как специалиста.

Цель исследования: провести и оценить взаимосвязь успеваемости и «осмысленности жизни» студентов пятого курса Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: исследование проведено на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии с курсами ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Тестированию подверглись 2 группы (А и Б) студентов пятого курса (20 человек), в каждой группе по 10 студентов. Использован тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева[1]. Оценивали интегральный показатель и показатели по шкалам: цели в жизни, процесс жизни, результативность жизни, локус контроля – Я, локус контроля – жизнь. Для оценки успеваемости студентов подсчитали общий экзаменационный балл за 9 семестров. Обработка результатов исследования проводилась с использованием корреляционного анализа по Пирсону при помощи Microsoft Excel версии 2010 года.

Результаты и обсуждение: средний экзаменационный балл всей выборки составил 4,0; в группе А 3,8; в группе Б 4,1. Из 20 студентов высокий уровень «осмысленности жизни» (от 119 до 140) выявлен у 25% студентов, средний уровень (от 88 до 118) у 55 %, низкий уровень (от 20 до 87) у 20%.

В группе А из 10 студентов высокий уровень «осмысленности жизни» выявлен у 30% студентов, средний уровень у 50%, низкий уровень у 20%. В группе Б из 10 студентов высокий уровень «осмысленности жизни» выявлен у 20% студентов, средний уровень у 60%, низкий уровень у 20%.

Корреляционный анализ всех случаев выявил умеренный уровень корреляции между общим экзаменационным баллом и уровнем «осмысленности жизни» ($r=0,32$). В группе А отмечалась наиболее высокая прямая корреляционная связь ($r=0,48$) между общим экзаменационным баллом и целями в жизни (рис.1); у группы Б максимальная прямая корреляция ($r=0,65$) между общим экзаменационным баллом и процессом жизни (рис.2).

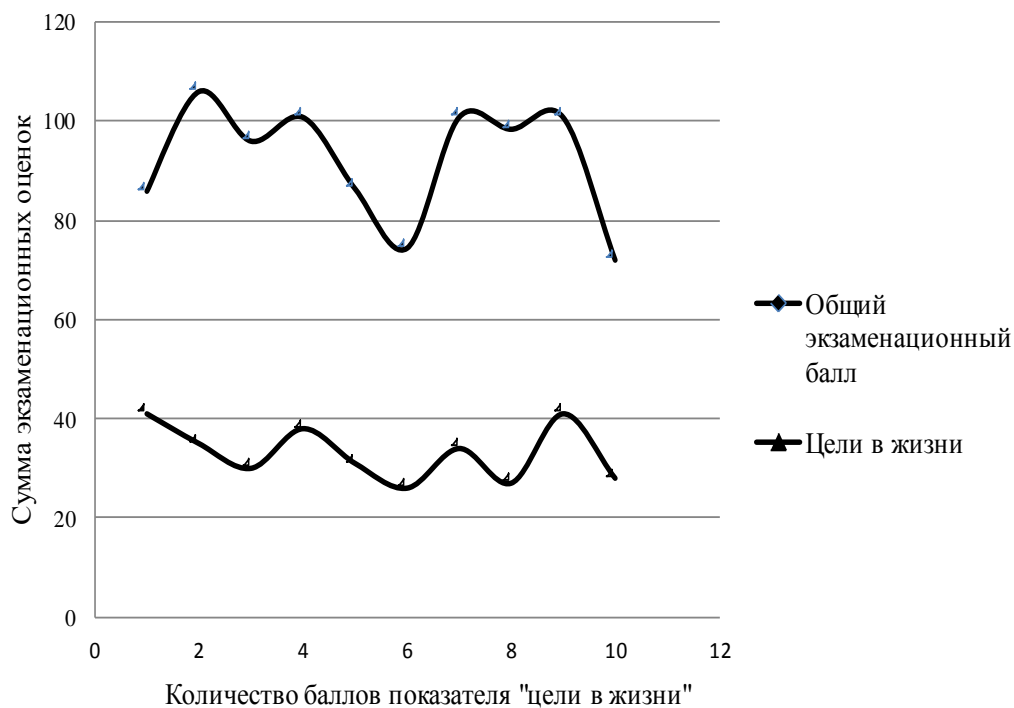


Рис. 1. Соотношение общего экзаменационного балла и показателя "цели в жизни" студентов группы А

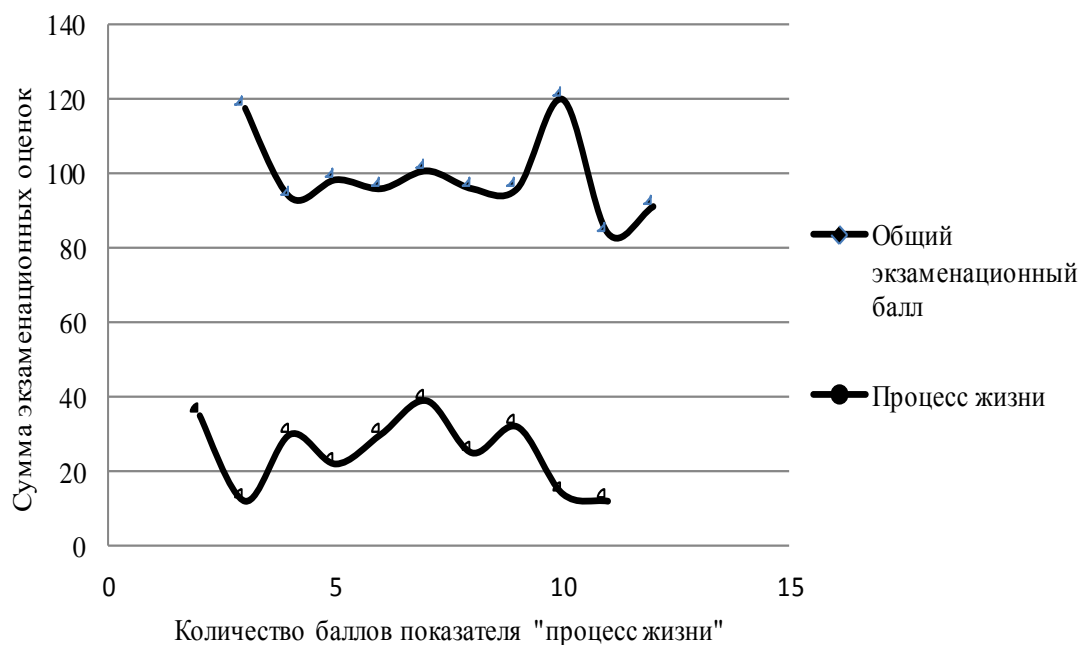


Рис.2. Соотношение общего экзаменационного балла и показателя "процесс жизни" студентов группы Б

Таким образом, проведенное исследование показало, что успеваемость студентов зависит от «осмысленности жизни», мотивации, умения ставить перед собой цели и

достигать их. Эта тема требует дальнейшей разработки для выявления всех факторов, влияющих на успеваемость студентов и квалификацию будущих врачей.

Литература

1. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2000. 19 с.
2. Прохоров А.О., Юсупов М.Г. Познавательные состояния в учебной деятельности студентов // Казан. соц.-гуманит. вестн. - 2014. - №4 (13). - С. 98-109.
3. Тихомирова И.В. Мотивационные особенности студентов, представляющих разные таксоны обучаемости / Тихомирова И.В., Шляхта Н.Ф. // Труды СГУ. Серия: Гуманитарные науки. Психология и социология образования. - М.: СГУ, 2005. - Вып. 82. - С. 11-24.

УДК 616.89-008.446

Г.А. Пуцман, О.А. Пермякова

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ИЗВЕСТНЫХ ХУДОЖНИКОВ

Кафедра психиатрии, нарцологии и психотерапии с курсами ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Изучены картины известных художников, таких как, Михаил Александрович Врубель, Александр Андреевич Иванов, Иероним Босх, Эдвард Мунк, Винсент Ван Гог, Луис Уэйн, Ричард Дагд и других. Проведен анализ картин, нарисованных художниками в различные периоды их жизни, с целью установления влияния заболевания на их содержание.

Ключевые слова. Психиатрия, Психические расстройства, Художники.

G.A.Putsman, O.A.Permuyakova

MENTAL DISORDERS OF FAMOUS ARTISTS

Department of psychiatry, narcology and psychoterapy with IPE course ,

Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: Analyzed pictures of famous artists, such as , M.A. Wrobel, A.A. Ivanov, Jheronimus Bosch, Edvard Munch, Vincent Willem van Gogh, Louis Wain, Richard Dadd and so on. Analyzed pictures, drawn by artists in different periods of their lives, in order to establish the impact of the disease on their content.

Keywords: Psychiatry , Mental Disorders , Artists .

Актуальность: «Все великие художники — великие инвалиды» — известное высказывание немецкого писателя Томаса Манна в полной мере иллюстрирует тот факт, что большинство талантливых людей страдали от различных физических и психических недугов.[4]

Интерес к художественным работам пациентов психиатрических клиник возник еще в конце XIX века. Выразительностью и своеобразием художественного языка душевнобольных людей заинтересовались передовые психиатры во Франции, Италии, Германии, Швейцарии. Именно они открыли творчество своих пациентов общественности, на базе их клиник были созданы первые коллекции работ. В 1900 году состоялась первая выставка творчества душевнобольных в Бетлемской Королевской больнице в Лондоне, а в 1905 году главный врач приюта Вильжюиф (Франция) открывает "Музей безумия". Творческими проявлениями при психических заболеваниях начинают интересоваться представители мира искусства. Вышедшая в Берлине в 1922 году книга "Художество

душевнобольных", врача и коллекционера Ганса Принсхорна, на основе коллекции произведений душевнобольных из психиатрической клиники университета Хайдельберга, становится популярной в среде художников-авангардистов. Художники Пауль Клее, Макс Эрнст и Сальвадор Дали считали ее, чуть ли не Библией для художника-модерниста, найдя там столько художественных откровений и инноваций. В этот же период относится и особый всплеск интереса художников и поэтов к патологическим состояниям, отклонения не имитируются, а провоцируются, например, при помощи наркотических препаратов. Цель подобной провокации — вызвать новое состояние творческой экспрессии.[5]

В автопортретах, созданных художниками во время психического заболевания, обращают внимание искаженные черты лица, символизирующие, по их словам, «постороннее влияние» на целостность их мышления и «внутреннее спокойствие». Лица на таких портретах напоминают маски, отражающие сущность «заболевшей человеческой души» — страх, печаль, вину, радость, величие, равнодушие и т. д.[2]

Академик АМН СССР А. В. Снежневский подчеркивает: «Самые заурядные тексты и рисунки больного, не говоря уже о его опытах в сфере художественного творчества, заслуживают пристального внимания и психопатологического анализа. В такого рода документах или этюдах все представляет интерес: содержание, манера исполнения, характер начертаний, завершенность или хаотичность; небрежность или педантизм; схематизация или насыщенность деталями. Насколько велика информативная ценность таких материалов, видно из того, что нередко по ним одним иногда можно поставить диагноз...»

Характерным примером отображения болезненных нарушений могут служить некоторые картины М. А. Врубеля, созданные им в периоды, о которых говорил врач-психиатр Ф. А. Усольцев: «Я видел его на крайних ступенях возбуждения и спутанности, болезненного подъема чувства и мысли, головокружительной быстроты идей».

Первая картина — «Демон» (сидящий) — написана в 1890 году. Здесь все выразительные средства служат художнику для того, чтобы убедительно передать грандиозность, величие, горькое томление Демона. Его торс атлета с могучими тяжелыми руками, голова с огромной шевелюрой темных волос словно не вмещаются в холст. Очень хорошо передает стиль рисунка Врубеля символичность восприятия им своего героя. Окруженный скалами, Демон кажется слитым с ними, вырастающим из них. Таинственная непобедимая тоска сковывает его, он тянется взором вниз. Тоска в его взгляде, в наклоне головы, в заломленных руках. Своеобразную иллюзию придает изображению особый врубелевский прием. Скалы, цветы, покрывало Демона, его лицо кажутся мозаичными, составленными из множества плоскостей, пересекающихся и сливающихся друг с другом.

Единый принцип в изображении скал, ткани и тела создает своеобразную иллюзию их единства.

Сопоставляя врубелевские изображения разных лет, можно отметить настойчивую тенденцию к изображению все большей громадности, всеобъемлемости, фантастической космичности образа. В то же время в рисунках все больше выступают динамичные линии, передающие те ощущения фантастического полета, которые, как известно, характерны для сновидных переживаний. Все ярче передается художником не только ощущение сверхъестественной скорости движения, но и ощущение фантастического, неземного мира своего героя.

В этом отношении очень демонстративен «Летающий Демон», написанный в 1899 году. На фоне снежного хребта заполняющий почти весь вытянутый узкий холст огромный Демон как бы летит на зрителя. Хорошо передаются художником необычайные краски, характерные для его болезненных видений. В картине преобладают своеобразные холодные тона, блеклое синее оперение, землистое тело, коричнево-лиловая земля. В этом рисунке более отчетливо выступают мотивы обреченности. Демон еще могуч, но заметен какой-то излом в его душе. Голова чуть втянута в плечи, лицо полно страшного напряжения, отчужденности и страдания.

В «Демоне поверженном», написанном в 1902 году, когда психическое состояние художника характеризуется упорной депрессией, можно заметить еще более выраженные мотивы обреченности. В самом деле, здесь нет прежних иллюзорных красок. Самовыражение художника находят уже не столько фантастические грезы, сколько тоска и отчаяние. Мы видим Демона уже не царящим над миром, его уже не держат в воздухе мощные крыла, он упал с огромной высоты и разбился о скалы. Правое крыло раскололо ледник и погрузилось в него. Лицо полно злобного отчаяния, непокорившейся гордыни.[1]

Не менее красноречивый пример — автопортрет другого выдающегося художника — Винсента Ван-Гога, где он изобразил себя в берете с обвязанным ухом. Появлению этого автопортрета предшествовало резкое изменение психического состояния художника.

Также в качестве примера могут послужить картины Хиеронимуса Антониса Ван Акена, известного как Иероним Босх. Вокруг его картин, как и вокруг картин Сальвадора Дали, ходили и до сих пор ходят множество споров о том, были ли у этих художников на самом деле психические заболевания, или же художники были слишком, как сказали бы сейчас, эксцентричными для своего времени? Тем не менее, отрывки из картин Босха стали использовать как иллюстрации психопатологических переживаний – галлюцинаторных или характерных для состояний нарушенного сознания (сновидного помрачения сознания) в конце XIX – начале XX века, которые ознаменовались, как уже было ранее сказано,

интересом к творчеству душевнобольных. Произведения раннего периода творчества – «Брак в Кане Галилейской», «Поклонение волхвов», «Удаление камней глупости», «Шарлатан», а также морализаторские «Семь смертных грехов» – достаточно ироничны, однако в них уже проявляются необычные для этих сюжетов черты, такие как большое количество символики – например цветок, вырастающий из раны оперируемого, – символ обмана, красная книга на голове монахини – примерно то же самое. Но и в обыденной жизни, изображаемой Босхом, проглядывают неожиданные странности: черт держит зеркало, в которое смотрится модница; в шуточной, казалось бы, сценке жуликам угрожает едва заметная в глубине картины виселица и пыточное колесо. Эти особенности первых картин получают в дальнейшем значительное развитие. Еще одна примечательная черта данного периода творчества

Босха, усугубившаяся в дальнейшем, – лица людей. Часто их выражение не соответствует смыслу картин. Например, лица волхвов на ранней картине «Поклонение волхвов» удивляют своим равнодушием и «неосведомленностью». На картине «Се Человек» лица персонажей, окружающих Христа, приобретают звероподобную злобность.

Еще один известный художник Луис Уэйн прославился своей большой любовью к кошкам, большим количеством картин с антропоморфным изображением кошек и котов. Известно, что художник страдал шизофренией, которая с течением времени прогрессировала. Последние годы жизни он провел в Спрингфилдской психиатрической лечебнице. Его работы этого периода характеризуются яркими оттенками и цветами, сложными абстрактными узорами, хотя основная его тема — кошки — долгое время оставалась неизменной, пока не была окончательно вытеснена фракталоподобными узорами. Серия из шести работ Уэйна часто используется как пример в учебниках по психиатрии для иллюстрации изменения стиля творчества по мере развития психической болезни.[3]

Цель исследования: Определить, какими психическими заболеваниями страдали известные художники, нашло ли это отражение в их картинах.

Материалы и методы: Изучены документы, подтверждающие наличие заболевания, затем были рассмотрены картины, проведен их анализ.

Результаты и обсуждение: Проведенный анализ показал, что в большинстве случаев заболевание оказывало сильный аффект на картины художников, в них они старались как бы рассказать о своей проблеме миру или же показать какие либо значимые для них события, свое видение этого мира.

Литература

1. Александровский Ю. А. Глазами психиатра. М., 1977

2. Синицын. Е.А, Синицына О.Е. : Тайна творчества гениев / - Изд. НГАХА:
Новосибирск,
3. Шувалов А.В.. Безумные грани таланта: Энциклопедия патографий / . – М.:
ООО «Издательство АСТ»: ООО «Издательство Астрель»: ОАО «Люкс», 2004 – 1212 с.
2004
4. Dean Keith Simonton, PhD «Are Genius and Madness Related? Contemporary Answers to
an
Ancient Question». PSYCHIATRIC TIMES, May 31, 2005
Stanford University Medical Center. «Children Of Bipolar Parents Score Higher On
Creativity Test, Stanford Study Finds.» ScienceDaily, 9 November 2005.

УДК 616.145.11-005.6-08-07

К. А. Петрова, Э.Н. Закирова

**АНАЛИЗ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, г. Уфа

Аннотация. Проанализированы данные пациентов, лечившихся в неврологическом отделении РКБ им. Г.Г. Куватова с 2009 по начало 2016 года с диагнозом «Острый церебральный венозный инфаркт» (ЦВИ). Диагноз подтвержден методами нейровизуализации (КТ, МРТ). Наиболее частыми симптомами дебюта были головные боли и генерализованные судорожные припадки.

Ключевые слова. Церебральный венозный инфаркт

К. А. Petrova, E.N. Zakirova

**ANALYSIS OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC DATA OF PATIENTS WITH
CEREBRAL VENOUS INFARCTION**

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. We analyzed data of patients treated in the neurology Department of the RSC them. G. G. Kuvatova from 2009 to early 2016 with a diagnosis of Acute cerebral venous infarction" (ZVI). The diagnosis is confirmed by neuroimaging (CT, MRI). The most common symptoms of the debut were headaches and generalized seizures.

Key words. Cerebral venous infarction

Церебральный венозный инфаркт (ЦВИ), являясь «относительно неизвестным цереброваскулярным заболеванием», встречается, согласно рекомендациям American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), в 0,5–1% всех инсультов [1]. Диагноз церебральный венозного инфаркт по-прежнему является редким, особенно в остром периоде, из-за того, что практикующие врачи недостаточно хорошо знают как клинические проявления, так и особенности диагностики данной сосудистой патологии. Вместе с тем ранняя диагностика имеет решающее значение, так как своевременное назначение патогенетического лечения при этой патологии способствует благоприятному исходу, снижению летальности и тяжелой инвалидизации, а также позволяет избежать применения интервенционных методов лечения [2]. В настоящее время весьма актуальными остаются проблемы ранней диагностики и эффективной терапии ЦВИ [3].

Факторы риска ЦВИ условно разделяют на несколько групп: 1) местные – травмы головы, нейрохирургические вмешательства, воспалительные процессы, артериовенозные мальформации, инсульты, длительная иммобилизация; 2) системные – дегидратация, септицемия, беременность и послеродовой период, рак, саркоидоз, коллагеновые болезни, гипергомоцистеинемия, нефротический синдром; 3) прием лекарственных препаратов (оральные контрацептивы, гормональная заместительная терапия, препараты, используемые в онкологии (тамоксифен)), наркотических веществ; 4) патология системы крови – миелопролиферативные заболевания, серповидно-клеточная и гемолитическая анемия, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, идиопатический гиперэозинофилический синдром и др. [4, 5]. Точную причину развития церебрального венозного тромбоза необходимо установить в процессе обследования.

Диагноз внутричерепного венозного инфаркта основывается на подтверждении клинических данных результатами нейровизуализационных исследований (КТ, МРТ, МР-ангиография внутричерепных вен и синусов). По ходу вен и синусов на КТ или МРТ головного мозга могут выявляться зоны ишемии и геморрагии. В отличие от артериальных инфарктов для венозных очагов более характерны: множественность; несоответствие зоне артериального кровоснабжения; наличие петехиальных кровоизлияний в зоне ишемии, двухстороннее поражение подкорковых структур; наличие признаков тромбоза венозных синусов [6]. Тромбозы внутричерепных вен и синусов по МРТ можно диагностировать только при сочетании наличия патологического мр-сигнала от синуса на стандартных последовательностях (гипер- в T2 и гиперинтенсивные в T1 ВИ) и отсутствие тока крови на Мр-веносинусографии.

Цель исследования. Изучить этиологические факторы, клиническую картину, эффективность диагностических мероприятий у пациентов с церебральным венозным инфарктом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезней пациентов с заключительным диагнозом “церебральный венозный инфаркт головного мозга”, лечившихся в неврологическом отделении РКБ им. Г.Г. Куватова в период с 2009 по I квартал 2016 года.

Результаты исследования. Среди пациентов было женщин – 7 (87,5%), мужчин – 1 (12,5%). Соотношение женщины : мужчины = 7 : 1. Средний возраст $39 \pm 18,02$ лет (от 22 до 74).

Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ), осложненный венозным инфарктом, развился в позднем послеродовом периоде (до 6 недель) после родоразрешения путем кесарева сечения в 25% случаев. Острый отит стал причиной ЦВИ у 2 (25%) пациентов. ОРВИ и

комбинированные оральные контрацептивы (КОК) еще у двух пациентов (12,5 и 12,5%). Неуточненная этиология развития заболевания была у двух (25%) пациентов (1 мужчина и 1 женщина).

Острое начало венозного инсульта (появление неврологических симптомов менее чем за 24 часа) наблюдалось в шести (75%) случаях, подострое (появление симптомов в период от 24 часов до 30 дней) - в двух случаях (25%).

Первым проявлением заболевания в 100% случаев являлась головная боль, которая, вероятно, была обусловлена повышением внутричерепного давления и растяжением стенок синусов, локальным воспалением или истечением крови на поверхность мозга с локальной стимуляцией чувствительных к боли волокон твердой мозговой оболочки [7]. Генерализованные эпилептические припадки наблюдались у пяти (62,5%) больных в дебюте заболевания, наиболее вероятно были обусловлены корковыми венозными инфарктами или раздражением коры расширенными корковыми венами, что было подтверждено данными МРТ. У двоих пациентов наблюдалась серия припадков.

В последующем присоединились очаговые неврологические синдромы: центральный гемипарез в шести (62,5%) случаях, центральный монопарез руки (12,5%), центральный гемипарез и сенсо-моторно афазия (12,5%). Во всех случаях наблюдалось повышение температуры тела в начале заболевания в пределах 37,1-39,1°C.

У всех пациентов были изменения в коагулограмме в сторону гиперкоагуляции. Среди провоцирующих факторов можно выделить естественную активацию свертывающей системы во время беременности и проявляющуюся в раннем послеродовом периоде (25%), прием КОК (12,5%). В остальных случаях (62,5%) причины не выявлены. В общем анализе крови у всех пациентов наблюдалось повышенная СОЭ, в половине случаев - умеренный лейкоцитоз.

Исследование ликвора было проведено у трех пациентов (37,5%), наблюдались: взвесь эритроцитов в осадке – у 3 пациентов; повышение уровня лактата – у 2; снижение уровня калия – у 2; повышение уровня белка – у 2.

По локализации тромбозы распределились следующим образом:

- в верхнем сагиттальном синусе - у двоих (25%) пациентов,
- сочетание тромбозов верхнего сагиттального, поперечного и сигмовидного синусов - у двоих (25%);
- одновременные тромбозы верхнего сагиттального и поперечного синусов у двоих 25%;
- поражение обоих сигмовидных и верхнего сагиттального синусов у одного (12,5%)
- тромбозы в поперечном синусе у одного (12,5%).

КТ головного мозга было проведено семи из восьми (87,5%) больных. Выявить венозный инфаркт удалось лишь в трёх случаях, когда была установлена локализация тромбоза венозных синусов. В остальных случаях в заключении КТ было: внутримозговая гематома (12,5%), паренхиматозное субарахноидальное кровоизлияние (12,5%), признаки ХЦВН, на фоне выраженности которой трудно исключить наличие свежих очагов ишемии (12,5%). В одном случае по данным КТ удалось установить ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА, а после проведения МРТ был выявлен тромбоз правого сигмовидного синуса.

МРТ проведено пяти (62,5%) больным, в результате чего был уточнен диагноз.

Антикоагулянтная терапия проводилась всем больным, в четверти случаев начиналась с прямых антикоагулянтов с последующим переходом на непрямые, в остальных случаях лечение проводилось непрямыми антикоагулянтами на всем протяжении лечебных мероприятий.

В исходе заболевания полное восстановление функций наблюдалось у двух (25%) пациентов; небольшие остаточные явления - легкие гемипарезы у четырех (50%); с выраженными остаточными явлениями - глубоким гемипарезом, гемиплегией выписаны два (25%) пациента.

Заключение. ЦВИ чаще развивались у женщин молодого возраста, что соответствует статистическим данным других исследователей. Для клинической картины венозного инсульта наиболее характерны дебют в виде головных болей и генерализованных судорожных припадков; преобладание общемозговой симптоматики над очаговой; наличие симптомов, свидетельствующих о венозной церебральной дисциркуляции; наличие тенденции к относительно быстрому регрессу общемозговой симптоматики. Верификация диагноза церебрального венозного инфаркта представляет довольно сложную задачу. При подозрении на церебральный венозный инфаркт необходимо провести КТ-исследование в первые пять суток острого периода заболевания, либо МРТ головного мозга после пятого дня острого периода.

Таким образом, необходимо своевременно диагностировать ЦВИ, используя нейровизуализационные методы, позволяющие обнаружить ранние КТ- и МРТ- признаки церебрального ишемического повреждения, допускать вероятность наличия венозного тромбоза при геморрагическом инфаркте, с целью оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи данной категории пациентов.

Литература

1. Saposnik G., Barinagarrementeria F. Brown R.D. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and American Stroke Association // *Stroke*. - 2011. – №4. - p. 1158–1192.
2. Федин А.И., Ермошкина Н.Ю., Путилина М.В., Васильев Ю.Д., Козлов М.Б., Сидельникова Л.В, Снигерева Т.Ю. Особенности клиники и диагностики церебральных венозных тромбозов // *Клиническая физиология кровообращения*. - 2014. - № 1. - С. 32-43.
3. Машин В.В., Белова Л.А., Моисеев Л.А., Прошин А.Н. Сравнительное клинико-нейровизуализационное исследование венозных и артериальных инсультов // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2015. - №4. – С. 24-30.
4. Глебов М.В., Максимова М.Ю., Домашенко М.А., Брюхов В.В. Тромбозы церебральных венозных синусов // *Анналы неврологии*. - 2011. - №1. – С. 4–10.
5. Астапенко А.В., Короткевич Е.А., Антиперович Т.Г., Сидорович Э.К., Антоненко А.И. Тромбоз церебральных вен и синусов // *Медицинские новости*. – 2004. - №8. – С. 48–52.
6. Семенов С.Е., Абалмасов В.Г. Диагностика нарушений церебрального венозного кровообращения с применением магнитно-резонансной венографии // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2000. - №10. – С. 44-50.
7. Богданов Э.И., Заббарова А.Т. Церебральные венозные тромбозы // *Неврологический вестник*. - 2003. - №1. - С.52-57.

УДК 616.831-009.11-031.4

С.Ф. Нурлыгаянов , Р.Р. Ишбердина, Н.М. Блинова , Ш.М. Сафин
ТРЕНАЖЕР «ЛАЗЕР-РАСТЯЖКА» КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ
ЭРГОТЕРАПИИ ХОДЬБЫ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
РАССТРОЙСТВАМИ ЛОКОМОЦИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Эрготерапия ног является эффективным, но трудоемким методом восстановления ходьбы у пациентов с нейропатологией. В статье представлен тренажер "лазер растяжка" упрощающий работу инструктора по ЛФК. Первые результаты показали, что тренажер может успешно использоваться в нейрореабилитационном отделении.

Ключевые слова. Эрготерапия, тренажер "лазер-растяжка", нейрореабилитация.

S. F. Nurlygayanov , R. R. Ishberdina N. M. Blinova , S. M. Safin
THE TRAINER "THE LASER-STRETCHING" AS A METHOD OF OPTIMIZATION OF
OCCUPATIONAL THERAPY OF WALKING FOR THE REHABILITATION OF
PATIENTS WITH DISORDERS OF LOCOMOTION

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Occupational therapy of the legs is effective, but time-consuming method of restoration holdby in patients with neuropathologies. The article presents simulator "laser stretch" to simplify the work of instructors in physical therapy. The first results showed, that the simulator can used successfully in neurorehabilitation.

Keywords. Occupational therapy, trainer "the laser-stretching", neurorehabilitation.

Эрготерапия ходьбы – метод поведенческой кинезиотерапии, имеющий цель восстановить или улучшить навыки передвижения у людей имеющие нарушения моторной функции нижних конечностей. Обычно он показан людям с неврологическим дефицитом после травм головного или спинного мозга, постинсультным пациентам, при рассеянном склерозе, паркинсонизме, людям после протезирования нижних конечностей[2]. Эрготерапия один из наиболее дорогих и труднодоступных методов лечебной физкультуры, так как требует работы обученного специалиста один на один с пациентом достаточное количество времени (до 2 часа в в сутки 5 р в в неделю) [1] Но эти затраты оправданы значимым размером эффекта и результатом, подтвержденным в контролируемых исследованиях. Несколько принципов должны соблюдаться при проведении метода: 1. Принцип

многократных повторений – т.е. движение должно быть повторено достаточное количество раз. 2. Принцип от простого к сложному – т.е. задание должно быть очень легким с возможным поэтапным усложнением. 3. Предоставление обратной связи пациенту о правильности/неправильности выполняемых им действий 4. Интеграция в повседневную жизнь – выполняемое действие должно быть нужно пациенту за пределами кабинета врача[1,2,3].

Обычно эрготерапия ходьбы - это полоса препятствий, дорожек, горок, лестниц, которые пациент учиться преодолевать. Неотъемлемой частью являются перекладины для перешагивания с регулируемой высотой (рис. 1). Периодически пациенты их роняют, а инструктор ставит на место, что совсем не удобно и утомительно. Новые компьютерные и аппаратные технологии в настоящее время бурно развиваются и заполняют реабилитацию, показывая свою эффективность и облегчают/заменяют работу инструктора ЛФК. В основном в них используются датчики давления или методы визуального захвата изображения, пришедшие в медицину из индустрии компьютерных игр, позволяют в игровой форме давать пациенту биологическую обратную связь и мотивировать на то или иное движение. Но для визуального захвата характерна неточность определения движения в пространстве, что накладывает определенные ограничения на его использование. В отличие от этого лазерные датчики позволяют отслеживать передвижения предметов в пространстве с большой точностью[4]. Поэтому представляется перспективным использование их для реабилитации двигательных проблем в аппаратах биологической обратной связи. Но некоторые недостатки, например, невозможность увидеть лазерный луч в обычных условиях, могут мешать их использованию.

Целью нашей работы явилась проверка возможности использования устройства «лазер-растяжки» как компонента эрготерапии ходьбы.

Материалы и методы. В данной статье мы представляем тренажер «лазер-растяжка» для улучшения навыков ходьбы пациентов с расстройствами локомоции. Он представляет собой 3 источника лазерного луча на устойчивых стойках высотой 30 см размещенных на полу с одной стороны от возможного движения пациента. Напротив, устанавливаются 3 приемника луча на микроконтроллере с динамиком. Высота лучей регулируется от 1 см до 30 см. На полу между противоположными стойками клеится цветная лента (рисунок 2). Препятствия устанавливаются один за другим на расстоянии 130 см, пациентам предлагается преодолеть их, избегая «включения сигнализации» - появления звукового сигнала при пересечении лазерного луча. Устройство может быть легко размещено на стены коридора нейрореабилитационного отделения и включаться на время тренировки (на 1-2 часа в день) и

быть выключено после завершения тренировки. В условиях недостаточной площади это является эргономичным и удобным (рисунок 3).



Рисунок 1. Гимнастические палки-перекладины как наиболее частое упражнение при проведении эрготерапии нижних конечностей.

Нами был изготовлен опытный образец, который был опробован на 5 здоровых студентах возраста 20 лет и 5 пациентах с гемиплегиями после перенесенного инсульта в отделение ранней нейрореабилитации Республиканской клинической больницы им. Куватова г. Уфа (Рисунок 4).



Рисунок 2. Источник лазерного луча на стойке.

Результаты и их обсуждение: После включения установки группе контроля предлагалось пройти полосу препятствий 4 раза (высота растяжки 5см.) Среднее время прохождения 1 раз составило – 10,3 секунды. Наилучший средний результат – 8 секунды. Было допущено 16% ошибок. Были включены в исследование пациенты средний возраст –

46,8 \pm 4,2 года, все могли самостоятельно ходить. В среднем первый раз пациенты преодолевали препятствия за 39,5 \pm 24,7 секунд. Число допущенных ошибок – 50%. После 4 кратного повторения – средняя скорость прохождения полосы – 39,0 \pm 29,6 секунд, число ошибок – 30%.

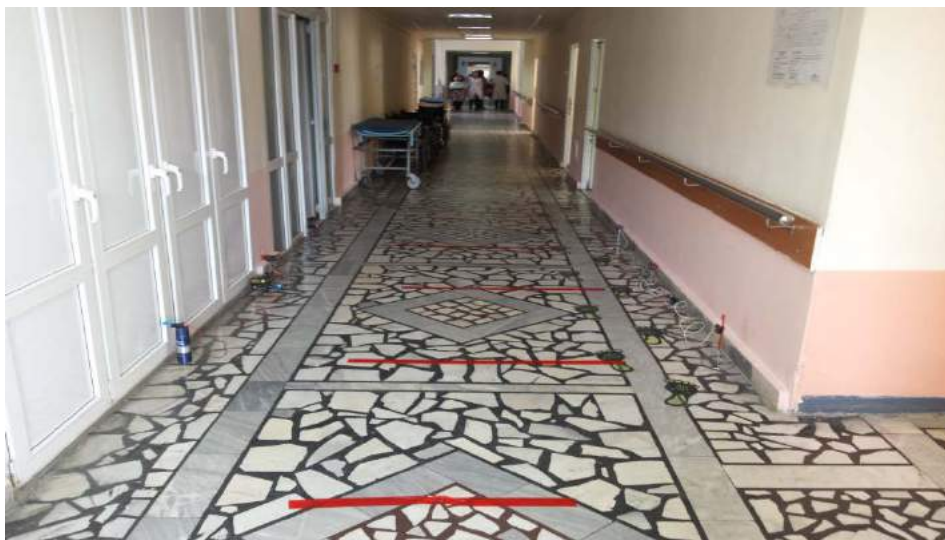


Рисунок 3. Использование устройства «лазер-растяжка» в отделение ранней реабилитации РКБ им. Куватова.

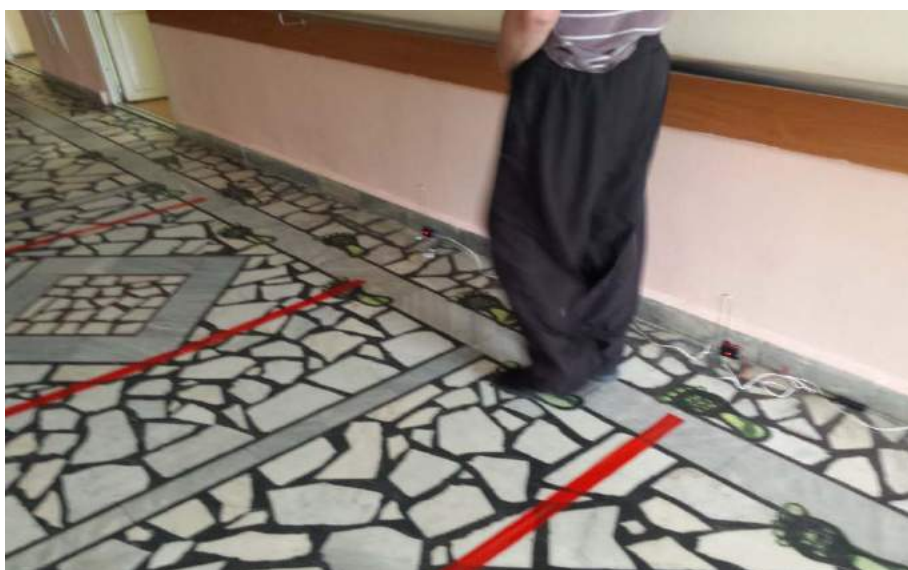


Рисунок 4. Пациент в левосторонней гемиплегией после ЧМТ преодолевает препятствие.

Заключение и выводы:

Таким образом, устройство «лазер-растяжка» является простым, удобным элементом эрготерапии позволяющим облегчить работу инструктора ЛФК, соблюдать основные принципы эффективной реабилитации, дать точную обратную связь пациенту и не требующего отдельной площади для размещения. Особый интерес данный метод представляет для реабилитации детей, например, с детскими церебральными параличами.

Мы продолжим наши исследования для определения долгосрочной выгоды его использования.

Литература

1. Wensley R, Slade A. Walking as a meaningful leisure occupation: the implications for occupational therapy. *br j occupther.* 2012;75(2):85-92. doi:10.4276/030802212x13286281651117.
2. Mark V, Taub E, Uswatte G et al. Constraint-Induced Movement Therapy for the Lower Extremities in Multiple Sclerosis: Case Series With 4-Year Follow-Up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2013;94(4):753-760. doi:10.1016/j.apmr.2012.09.032.
3. Green S. Book Review: Theories and Principles of Occupational Therapy. *The British Journal of Occupational Therapy.* 1992;55(7):284-284. doi:10.1177/030802269205500715.
4. Goel S, Lohani B. Error analysis of motion correction method for laser scanning of moving objects. *ISPRS Ann Photogramm Remote Sens Spatial Inf Sci.* 2014;II-5:139-144. doi:10.5194/isprsannals-ii-5-139-2014.

УДК 159.9.07

Г.Н. Мустафина, И.В. Ахуба

**ОЦЕНКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ -
ГЕТЕРОЗИГОТНЫХ НОСИТЕЛЕЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ**

**Кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Проведена оценка параметров нейропсихологического статуса у лиц – облигатных носителей мутации в гене PAH. Выявленные изменения касаются в большей степени психоэмоционального компонента: тревожности, а также нарушения сна.

Ключевые слова: Классическая фенилкетонурия, гетерозиготные носители, нейропсихологический статус.

G.N. Mustafina, I.V. Akhuba

**ASSESSMENT OF NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS –
HETEROZYGOUS CARRIERS OF MUTATIONS IN THE GENE OF
PHENYLKETONURIA**

**The Department of neurology with courses of neurosurgery and medical genetics,
Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: The estimation of the parameters of the neuropsychological status of persons obligate carriers of mutations in the gene PAH. The detected changes are related more to the degree of emotional component: anxiety and sleep disorders.

Keywords: Classic phenylketonuria, heterozygous carriers, neuropsychological status.

Актуальность: Классическая фенилкетонурия (ФКУ) (МКБ X: E 70.0, OMIM 612349, ген PAH (12q23.2)) является тяжелой формой ФКУ - аутосомно-рецессивного нарушения обмена аминокислот, приводящего при отсутствии лечения к выраженному интеллектуальному дефициту и тяжелым психоневрологическим осложнениям. В настоящее время классическая ФКУ выявляется в досимптоматическом периоде во время массового скрининга новорожденных при обнаружении повышения концентрации фенилаланина в сухом пятне крови более 2,5 мг\дл. Клинические проявления болезни у диагностированных во время неонатального скрининга пациентов зависят от их приверженности диетотерапии, варьируя от нормы или легких психологических расстройств до умеренной психоневрологической симптоматики. Заболевание является панэтническим, но в разных популяциях встречается с разной частотой: от 1:2600 до 1:125 000 новорожденных [1]. В

Республике Башкортостан болезнь встречается с частотой 1: 9585 человек [3]. В этом случае по закону Харди – Вайнберга частота гетерозиготного носительства мутантного гена составляет приблизительно 1 случай на 50 человек. Клинических проявлений заболевания у гетерозиготных носителей гена не развивается [10], однако в литературе отсутствуют сведения о проведенных нейропсихологических исследованиях лиц – облигатных носителей мутации в гене PАН. С учетом данных о метаболизме фенилаланина в организме человека можно предположить, что в случае носительства одной мутантной аллели гена PАН, возможны изменения церебрального медиаторного обмена, которые обуславливают особенности нейропсихологического статуса человека.

Целью проведенного исследования являлась оценка параметров нейропсихологического статуса у лиц – облигатных носителей мутации в гене PАН.

Задачами исследования являлось изучение с помощью опроса у лиц – облигатных носителей мутации в гене PАН:

- симптомов депрессии и тревоги;
- когнитивных функций;
- нарушений сна.

Материалы и методы: В исследование включены 17 человек – гетерозиготных носителей мутаций в гене PАН (9 женщин и 8 мужчин в возрасте от 29 до 49 лет) – родителей, чьи дети наблюдаются в медико-генетической консультации с диагнозом: «классическая фенилкетонурия». Поскольку молекулярно-генетическая диагностика проводится только на частые мутации в гене PАН, у некоторых родителей больных детей мутация в данном гене оказалась не идентифицированной, вследствие чего было решено не проводить корреляционные исследования между параметрами нейропсихологического статуса и видом мутации. Контрольную группу составили 14 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу с исследуемой группой. В обе группы не включались лица, у которых в анамнезе были сведения о перенесенных травмах головного мозга, нейроинфекционных и цереброваскулярных заболеваниях. Исследование проводилось с согласия участников, информированных об условиях его проведения и используемых методиках.

В обеих группах участникам проводилось нейропсихологическое тестирование с помощью Монреальской шкалы когнитивной оценки (The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)) [11], теста Струпа [7], теста рисования часов [5], шкалы депрессии А. Бека [6], госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), теста на тревожность Спилбергера в интерпретации Ханина [9], определение выраженности дневной сонливости с помощью шкалы сонливости Эпворта [8]. Статистическая обработка данных осуществлялась с

помощью пакетов программ STATISTICA 6.0. В связи с распределением, отличным от нормального, данные представлялись в виде медианы значений и межквартильного интервала [Me (25%; 75%)]. Для сопоставлений групп по количественным признакам использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни [2]. Анализ связи двух признаков осуществлялся с помощью непараметрического корреляционного анализа по методу Спирмена. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В (табл.1) представлены результаты проведенного нейропсихологического тестирования в обеих группах.

Таблица 1

Результаты нейропсихологического тестирования в исследуемой и контрольной группах

Группа/ Шкала	Исследуемые, Me (Q ₁ ;Q ₃)	Контроль, Me (Q ₁ ;Q ₃)	p
Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA)	24 (23; 28)	27 (26; 28)	0,064341
Тест Струпа (цвет)	75 (68; 87)	74 (65; 87)	0,984401
Тест Струпа (интерференция)	40 (36; 51)	49,5(42;55)	0,117927
Тест рисования часов	10 (8; 10)	10 (9; 10)	0,710093
Шкала депрессии Бека	7 (3; 11)	5 (4; 9)	0,769219
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (часть 1)	6 (5; 9)	4 (3; 6)	0,091858
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (часть 2)	5 (3; 6)	3 (2; 6)	0,262117
Тест на тревожность Спилбергера в интерпретации Ханина (ситуативная)	38 (33; 42)	33 (31; 38)	<u>0,014741</u>
Тест на тревожность Спилбергера в интерпретации Ханина (личностная)	45 (44; 48)	42 (40; 45)	<u>0,011568</u>
Шкала сонливости Эпворта	4 (3; 6)	1,5 (1; 3)	<u>0,000840</u>

Показатели когнитивных функций по шкале MoCA у лиц – носителей мутации в гене RAN были снижены по сравнению с контролем, но различие не достигло уровня статистической значимости, вероятнее по причине малой выборки основной группы. Показатели когнитивных функций по тестам Струпа и тесту рисования часов соответствовали нормальным значениям и не отличались значимо от данных показателей

лиц контрольной группы. Также не было выявлено корреляции между показателями по отдельным шкалам.

Анализ психоэмоционального статуса выявил ряд изменений у лиц – гетерозиготных носителей мутантного гена РАН в сравнении с группой контроля. Так, по данным опросника депрессии Бека нарушения имелись у 6 человек - гетерозиготных носителей мутантного гена РАН (35,3%), в 29,4% случаев (5 человек) соответствуя легкой депрессии (субдепрессии), в 5,9% (1 человек) - умеренной депрессии. По госпитальной шкале (субшкала депрессии) лишь у двух человек из каждой группы данный показатель свидетельствовал о субклинической (или клинической) значимой депрессии. В целом, показатели по шкалам депрессии у лиц – гетерозиготных носителей рецессивного гена РАН значимо не отличались от показателей контрольной группы (табл. 1). При проведении корреляционного анализа установлена прямая связь депрессии по шкале Бека и госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) (субшкала тревоги $r=0,493$, $p=0,044$; субшкала депрессии $r=0,535$, $p=0,02$), а также прямая связь между показателями двух субшкал ($r=0,538$, $p=0,02$).

Количество набранных баллов по опроснику Спилбергера-Ханина у лиц – гетерозиготных носителей мутации в гене РАН оказалось значимо выше, чем в группе контроля (ситуативная тревожность - 38 (33; 42) баллов в основной группе и 33 (31; 38) балла в контрольной, $U = 58,50$; $p=0,014741$; личностная тревожность - 45 (44; 48) баллов в основной группе и 42 (40; 45) балла в группе контроля, $U = 56,50$, $p=0,011568$), что свидетельствует о более высоком уровне тревожности среди лиц – гетерозиготных носителей мутации в гене РАН. Обнаружена прямая корреляционная связь между показателями ситуативной и личностной тревожности по опроснику Спилберга-Ханина ($r=0,636$, $p=0,006$).

Дневная сонливость оценивалась у всех участников, которым проводилось нейропсихологическое тестирование. Выраженность дневной сонливости по данным шкалы Эпворта была значимо выше у лиц – гетерозиготных носителей мутации в гене РАН в сравнении с контролем (4 (3; 6) и 1,5 (1; 3) балла соответственно, $U=38,50$; $p=0,000840$). У 6 участников из исследуемой группы (35,3%) показатели свидетельствовали о слабой сонливости, и лишь у одного человека из группы контроля (7,1%).

Проведенный корреляционный анализ не выявил связи между степенью дневной сонливости и возрастом лиц – гетерозиготных носителей мутации в гене РАН ($r=0,165$, $p=0,527$), полом ($r=0,157$, $p=0,547$), выраженностью депрессии по шкале Бека ($r=0,277$, $p=0,280$), уровнем ситуативной ($r=-0,340$, $p=0,878$) и личностной ($r=-0,082$, $p=0,753$) тревожности, а также когнитивными функциями ($r=-0,287$, $p=0,262$ по шкале МоСА; $r=-0,002$, $p=0,933$ - для теста рисования часов; $r=0,049$, $p=0,849$ – для теста Струпа (цвет) и $r=0,150$, $p=0,566$ - для теста Струпа (интерференция)). Прямая корреляционная связь

обнаружилась лишь с показателем тревожности по соответствующей субшкале госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) ($r=0,542$, $p=0,024$). Нарушение показателей тревожности, сна может быть объяснено изменением медиаторного обмена катехоламинов, предшественником которых является фенилаланин (тирозин) [4].

Заключение и выводы: Таким образом, выявленные изменения в нейропсихологическом статусе у лиц – гетерозиготных носителей мутации в гене РАН касаются в большей степени психоэмоционального компонента: тревожности, а также нарушения сна. Для уточнения степени когнитивных расстройств требуется продолжение исследования с увеличением выборки группы обследуемых лиц.

Литература

1. Аничкина А.А., Гаврилюк А.П., Тверская С.М., Поляков А.В. Анализ наиболее часто встречающихся мутаций в гене фенилаланингидроксилазы у больных фенилкетонурией.// Медицинская генетика. - 2003. -Т.2(4). – С. 175-181.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – С.327-346.
3. Мурзабаева С.Ш., Печенина Г.В., Порядина О.В., Марданова А.К., Малиевский О.А., Магжанов Р.В. Эффективность неонатального скрининга в Республике Башкортостан.// Медицинская генетика. -2011. – Т (6). – С.7-12.
4. Нейрохимия /под редакцией И.П. Ашмарина. М.: изд-во института биомедицинской химии, 1996. -470 с.
5. Cosentino S, Jefferson A , Chute DL, Kaplan E, Lion D J. Clock drawing emorsin dementa: neuropsychological and neuroanatom ical considerations. Cogn Behav Neurol.2004 Jun;17(2) p .74-84.
6. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=487993>, Beck, 1961.
7. <http://creativity.ipras.ru>, Джон Ридли Струп, 1935.
8. <http://epworthsleepinessscale.com>, Johns M.W., 1991.
9. http://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера, Ханин, 1978.
10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1504/>
11. www.mocatest.org

УДК 616.831-005.1-036-089

Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, М.С. Мустафин, Р.Ф. Латыпова, А.З. Сулейманов
ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ГБУЗ
РБ БСМП ЗА 2015 Г.

**Кафедра неврологии и нейрохирургии ИДПО, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: геморрагический инсульт может проявляться в виде спонтанных (нетравматических) субарахноидальных кровоизлияний, внутримозговых, экстрадуральных и субдуральных гематом или сочетания этих патологических состояний. Причинами и факторами риска геморрагического инсульта чаще всего являлись аневризматическая болезнь головного мозга, гипертоническая болезнь, аномалии сосудов головного мозга. В хирургическом лечении геморрагического инсульта предпочтение отдавалось малоинвазивным высокотехнологичным методам.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, аневризмы церебральных сосудов, внутримозговая гематома, нейрохирургия.

L.B. Novikova, A. P. Akopian, M. S. Mustafin, R. F. Latypova, A.Z. Suleymanov
REASONS AND RISK FACTORS OF HEMORRHAGIC STROKE IN GBUZ RB
BSMP 2015 YEAR

Department of neurology and neurosurgery IDPO, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: hemorrhagic stroke can manifest in the form of spontaneous (no traumatic) subarachnoid hemorrhage, intracerebral, extradural and subdural hematoma, or a combination of these pathological conditions. Causes and risk factors of hemorrhagic stroke most often was aneurismal disease of the brain, hypertensive heart disease and anomalies of cerebral vessels. In the surgical treatment of hemorrhagic stroke is a preference for minimally invasive high-tech techniques.

Keywords: hemorrhagic stroke, aneurysm of cerebral vessels, intracerebral hematoma, neurosurgery.

Актуальность: Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются актуальной медико-социальной проблемой в связи с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью. Наибольшее значение имеют инсульты, в структуре которых геморрагический инсульт (ГИ) встречается в 4-5 раз реже ишемического инсульта (ИИ), однако, характеризуется высоким уровнем летальности и инвалидизации по сравнению с ИИ [3,5]. По данным 2001 года общая

летальность при инсультах составила 40,4%, со значительным преобладанием ГИ - до 50%, а инвалидизация достигает 75%. По данным 2015 года летальность при ГИ в Республике Башкортостан составила 48%. ГИ может проявляться в виде спонтанных (нетравматических) субарахноидальных кровоизлияний (САК), внутримозговых гематом (ВМГ), спонтанных (нетравматических) экстрадуральных и субдуральных гематом или в сочетании этих патологических состояний. САК составляет 5-10% случаев ГИ. Основной причиной САК является разрыв церебральной аневризмы или артериовенозной мальформации. Наличие аневризмы или сосудистой мальформации подтверждается церебральной контрастной ангиографией и МРТ, КТ-ангиографией. Среди ВМГ чаще всего встречаются латеральные (путаменальные) кровоизлияния – 55% случаев, медиальные (таламические) кровоизлияния составляют 10% [1]. В последние десятилетия при ГИ активно применяются нейрохирургические методы лечения, задача которых заключается в удалении сгустков крови с минимальным повреждением паренхимы мозга, снижении риска осложнений в виде внутричерепной гипертензии, внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) и дислокации структур головного мозга. Несмотря на постоянное развитие и совершенствование высокотехнологичных нейрохирургических методов лечения при ГИ, внедрение передовых диагностических и лечебных мероприятий, летальность при ГИ остается недопустимо высокой. В связи с этим перед медицинской наукой стоит задача по совершенствованию тактики ведения больных с ГИ [2,4].

Цель исследования: провести анализ структуры ГИ, осложнений ГИ и методов хирургического лечения у больных с ГИ.

Материал и методы: проведен анализ 168 историй болезни больных с ГИ, находящихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГБУЗ РБ БСМП в 2015 году. Нейрохирургическое отделение является подразделением Регионального Сосудистого Центра, в зоне обслуживания которого проживает 1425000 человек и принимает больных с инсультом для оперативного лечения из первичных сосудистых отделений Республики Башкортостан. Средний возраст больных составил $52,6 \pm 12,5$ лет, среди них 90 (53,6%) женщин и 78 (46,4%) мужчин. Лица трудоспособного возраста женщин (до 55 лет) и мужчин (до 60 лет) составили 111 (66,1%). Среднее артериальное давление при поступлении в отделение составило: систолическое $140,4 \pm 21,1$ (данные варьировали в широком диапазоне от 90 до 210), диастолическое - $86,9 \pm 11,4$ (данные варьировали в диапазоне от 60 до 120). Всем пациентам проводилось клинично-инструментальное, лабораторное обследование, КТ-ангиография и МРТ головного мозга и по показаниям церебральная ангиография (ЦАГ) сосудов головного мозга для исключения артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций (АВМ). Обработка данных проводилась с помощью Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения: при поступлении сопутствующими заболеваниями у больных чаще всего были: гипертоническая болезнь 63 (37,7%), ИБС 14 (8,4%) и ПИКС 4 (2,4%), фибрилляция предсердий 4 (2,4%). По данным историй болезни ГИ по типу САК был у 83 (49,4%) больных, ВМГ у 65 (38,7%), САК в сочетании с ВМГ у 17 (10,1%). Из всех случаев субдуральных гематом - 3 (1,8%) одна из них сочеталась с ВМГ. Среди ГИ с формированием ВМГ в 83 (49,4%) случаев локализация гематомы приходилась на полушария головного мозга у 77 (92,8%) и 6 (7,2%) случаев на мозжечок. Среди гематом полушарной локализации путаменальные были у 49 (63,6%) больных, медианные (таламические) у 16 (20,8%) больных, субкортикальные у 12 (15,6%). Причиной ГИ у 71 (42,2%) пациентов была аневризматическая болезнь головного мозга. В случае САК аневризмы выявлены у 53 (63,9%) пациентов, у больных с ВМГ у 13 (20%) и САК в сочетании с ВМГ у 5 (29,4%). Локализация аневризм чаще всего приходилась на бассейн средней мозговой артерии - 27 (38%) случаев, внутренней сонной артерии - 17 (23,9%) случаев, передней мозговой и передней соединительной артерии - 16 (22,5%) и меньше всего на бассейн базилярной, задней мозговой и позвоночной артерии, соответственно - 6 (8,5%), 4 (5,6%), 1 (1,4%). У 3 (3,6%) больных причиной САК явилась АВМ. Спонтанные САК не связанное с аневризмой было у 27 (32,5%) больных.

Анализ осложнений ГИ показал наличие ВЖК у 35 (20,8%) больных, наибольшее количество которых приходилось на САК 15 (42,9%) случаев, меньше на ВМГ - 12 (34,3%) и САК в сочетании с ВМГ - 8 (22,9%) случаев.

Нейрохирургическое вмешательство были сделаны 127 (75,5%) пациентам. В зависимости от проведенного вида оперативного вмешательства все больные были разделены на три группы. В первую группу 37 (29,1%) вошли больные, которым проводилось микрохирургическое удаление гематом при помощи костно-пластической (КПТЧ) или декомпрессивной трепанации черепа (ДТЧ). Вторую группу 48 (37,8%) составили пациенты, которым проводилось малоинвазивное хирургическое вмешательство (пункционная аспирация, эндоскопическое удаление гематомы, эмболизация, локальный фибринолиз). В третью группу 11 (8,7%) вошли больные, которым проводилось только наружное вентрикулярное дренирование и вентрикулостомия по Арндту. При аневризматической болезни головного мозга клипирование проведено 31 (32,6%) больному. При пункционно-аспирационном методе всем пациентам выполнялась щадящая краниотомия диаметром не более 3 см. Пункция гематомы выполнялась под нейронавигационным контролем с дренированием трубкой диаметром 5 мм. Средний объем оперированных гематом составил $38,7 \pm 20,6 \text{ см}^3$. Хирургическое лечение проводится при субкортикальных и путаменальных гематомах объемом более 20 см^3 [4]. Дислокация срединных и стволых

структур головного мозга определялась у 38 (22,6%) больных, компрессия желудочков у 14 (8,3%). Вторичная ишемия головного мозга при САК развилась у 9 (5,4%) больных. В послеоперационном периоде у 29 (23,2%) больных состояние усугублялось наличием отека и набухания головного мозга. Исход операций зависел также от сопутствующей соматической патологии: гипостатические пневмонии, гнойный трахеобронхит, экссудативный плеврит, декомпенсации сердечной деятельности, сахарный диабет.

При анализе коагулограмм вычислялись средние значения показателей, по которым у примерно равного количества больных встречались состояния гипокоагуляции (ПТВ $14,9 \pm 1,8$; АЧТВ $33,6 \pm 9,9$) и коагулопатии (ПТВ $14,7 \pm 1,3$, РФМК $6,4 \pm 2,9$).

Заключение и выводы: анализ историй болезни больных, госпитализированных в нейрохирургическое отделение по поводу ГИ, показал, что его причиной являлись спонтанные САК, ВМГ, в 71 (42,3%) случаев, связанные с аневризматической болезнью головного мозга и аномалией церебральных сосудов в виде АВМ - 7 (4,2%) случаев. Гипертоническая болезнь в преморбиде инсульта была у 63 (37,5%) больных. В плане хирургического лечения предпочтение отдавалось малоинвазивным высокотехнологичным методам: пункционное эндоскопическое удаление гематом под контролем нейронавигации, фибринолиз. При САК применялись открытые вмешательства с декомпрессией, санацией субарахноидальных пространств, цистерн головного мозга и клипированием аневризм. Успех хирургических методов лечения ГИ зависит от правильного отбора больных, методов и сроков оперативного вмешательства. При аневризмах сосудов головного мозга единственным способом лечения инсульта и его вторичной профилактики является хирургическое вмешательство.

Литература

1. Крылов В.В., Дашьян В.Г. Современные подходы к хирургическому лечению геморрагического инсульта//Качество жизни. Медицина 2006. Т. 13. №2 С. 51-53.
2. Кариев М. Хирургическое лечение геморрагических инсультов//IV Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. М. 2006. С. 264.
3. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005.160 с.
4. Хирургические методы удаления гипертензивных внутримозговых кровоизлияний/М.К., Агмазов, В.П., Берснев Н.Е., Иванова, Т.Н. Арзикулов//Бюллетень со РАМН. 2009. Т. 136. №2 С. 43-48.
5. Стаховский Л.В., Котова С.В. Инсульт. Руководство для врачей. МИА Москва 2014. 234 – 260 с.

УДК 61:575

Э. А. Кадырова, Л. В. Селиванова

**АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Кафедра неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. Авторами изучены данные диагностики пороков развития ЦНС в антенатальном периоде и исходы в постнатальном периоде.

Ключевые слова: врожденные пороки, пороки развития, нервная система.

E.A. Kadyrova, L.V. Selivanova

Antenatal diagnosis of malformations of the central nervous system.

Department of Neurology with courses of neurosurgery and medical genetics Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Resume. The authors examined data CNS malformations diagnosis of antenatal and postnatal outcomes in.

Keywords: birth defects, malformations of the nervous system.

Актуальность. Пороки центральной нервной системы (ЦНС) являются одним из наиболее тяжелых и частых врожденных пороков развития. Для своевременной хирургической коррекции имеет большое значение ранняя диагностика данных пороков в антенатальном периоде в рамках национальной программы по сохранению генофонда России и стабилизации демографических показателей. К часто встречающимся врожденным порокам развития центральной нервной системы (ВПР ЦНС) относятся анэнцефалия, различные типы спинномозговых грыж, гидроцефалия – они составляют около 30% всех врожденных пороков у детей и обуславливают выраженную неврологическую симптоматику.

Этиологию ВПР ЦНС нельзя рассматривать отдельно от основных представлений об этиологии врожденных аномалий и принципов тератогенеза. Причины возникновения многих пороков ЦНС до настоящего времени не установлены. По мнению многих исследователей, большое число пороков развития ЦНС обусловлены мультифакториальной этиологией, то есть влиянием генетических и средовых факторов. Общеизвестными факторами риска для развития ВПР являются непланируемые беременности, поздний материнский возраст, недостаточный пренатальный контроль, вирусные инфекции (прежде

всего, краснуха), прием лекарств с тератогенным действием, алкоголь, курение, наркотики, недостаточное питание, недостаток фолиевой кислоты и витаминов группы В, профессиональные вредности. К этой же группе следует отнести женщин с угрозой прерывания беременности 1-й и 11-й половины, имеющих цитомегаловирусную инфекцию, а также в акушерском анамнезе которых имели место привычные выкидыши, самопроизвольные выкидыши, многоводие, хламидиоз, и родивших детей с оценкой по шкале Апгар от 0 до 4 баллов.^[2]

Важнейшим путем профилактики развития ВПР является, прежде всего, пренатальный скрининг и диагностика. По определению *Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)* к пренатальной диагностике относятся все виды исследований до рождения плода, направленные на выявление врожденных заболеваний, к которым относятся любые аномалии морфологического, структурного, функционального или молекулярного развития плода. Система пренатальной диагностики построена на принципе выделения среди беременных группы риска развития ВПР плода.^[4] УЗИ – это простой и безопасный способ выявления анатомических пороков, является наиболее распространенным и эффективным методом. Информативность ультразвуковой диагностики (УЗД) складывается из качества аппаратуры, квалификации врача, сроков обследования беременной, при которых легче всего увидеть ту или иную аномалию развития плода.^[3] Оптимальными сроками для ультразвукового обследования являются 12 – 13, 19 – 21, 32 – 34 недели беременности. Ряд ВПР плода можно диагностировать с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) уже в конце 1 – начале 2 триместров беременности: анэнцефалию, голопрозэнцефалию, экзэнцефалию, спинномозговые грыжи. Точность УЗИ этих пороков развития во 2 – 3 триместрах беременности приближается к 100%.

Целью данной работы явился анализ антенатальной диагностики в детской нейрохирургии.

Материал и методы: За 2014 г. ретроспективно проведен анализ 162 медицинских карт амбулаторного приема пациенток (учётная форма № 025/у-04) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республиканского перинатального центра, у которых имело место рождение детей с ВПР ЦНС. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Medison Accuvix V20-RUS, LTD., Корея.

По результатам УЗД в 1 группе (n=89) выполнено прерывание беременности при сроке гестации 12-21 недель по решению пренатального консилиума, во 2-й (n=73) имело место рождение детей при сроках гестации от 27 до 38 недель (45%). Возрастная группа женщин 18-42

года.

Результаты исследования. Диагноз ВПР плода, установленный на основании УЗИ при сроке

гестации до 22 нед., был в 90 случаях (55,5 %). А у 29 беременных (17,9 %) пренатальная диагностика отсутствовала, в связи с тем, что они не наблюдались в женской консультации.

За 2014 год в г. Уфе зарегистрировано всего 56 случаев ВПР ЦНС с помощью ультразвуковой диагностики (34,5%). В г. Стерлитамак ВПР встречались около 7,4%, г. Ишимбай 5,5%.

Выявлены следующие виды пороков:

гидроцефалия у 42, спинномозговая грыжа- 44, анэнцефалия- 29, энцефалоцеле – 4, микроцефалия – 6, другие врожденные аномалии головного мозга – 37.

Беременные, с выявленным пороком развития ЦНС консультируются врачом генетиком, специалистом УЗИ, неврологом, нейрохирургом, акушер-геникологом, психологом, которые входят в состав перинатального консилиума.

Многие пороки (гидроцефалия, анэнцефалия, аномалии развития мозга, спинномозговые грыжи) выявляются в поздние сроки беременности – 25 – 36 недель.

В 89 случаях (при сроках гестации 12-21 неделя) рекомендовано прерывание беременности при грубых сочетанных пороках ЦНС: анэнцефалии, микроцефалии, при спинномозговой грыже в сочетании с гидроцефалией, гидроцефалии в сочетании с аномалией развития мозга, других врожденных аномалии спинного мозга, голопросэнцефалии.

В 73 случаях рекомендовано наблюдение в динамике – при гидроцефалии с умеренной дилатацией желудочковой системы, менингоцеле без гидроцефалии, подтвержденной МРТ плода. Все данные беременности завершились родами. Все новорожденные консультированы нейрохирургом, установлены показания к оперативному лечению.

10 пациентов были прооперированы в Республиканской детской клинической больнице нейрохирургическом отделении, у 63 показаний к оперативному лечению не было.

Всего было 10 оперативных вмешательств в период новорожденности. Из них 8 девочек, 2 - мальчиков. Два пациента были оперированы с диагнозом менингоцеле, пятеро – менингоградикулоцеле и трое больных с гидроцефалией.

Заключение. Профилактика рождения детей с ВПР ЦНС должна базироваться на комплексном и всестороннем подходе. Преконцептуальная подготовка женщины к зачатию: санация очагов инфекции, обеспечение тонкой настройки гормонального баланса^[1]. До зачатия и в период беременности необходимо осуществление медико-биологических и социально-гигиенических мероприятий. К данным процедурам относятся: повышение санитарной культуры и медицинской активности женщин, необходимость раннего обращения в медико-генетическую консультацию и планирование беременности.

Прохождение тщательного обследования и при необходимости лечение бактериальной и вирусной инфекции обоих родителей на этапе планирования беременности. Обязательным является также борьба с вредными привычками (табакокурение, употребление алкоголя), улучшение качества питания беременной женщины, прием фолиевой кислоты и витаминов группы В, улучшение социально-бытовых условий, контроль за развитием плода.

Своевременное и полноценное проведение пренатального скрининга всех беременных женщин с использованием УЗ и МРТ технологий, позволяет диагностировать ВПР ЦНС плода и решить вопрос о целесообразности пролонгирования данной беременности и тактики лечения.

Литература

1. Гаврилова Т. В. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение» Авторы Гаврилова Т. В. Журнал Бюллетень медицинских интернет-конференций Выпуск № 3 / том 3 / 2 1 0 3
2. О.А.Громова «ПАЦИЕНТ» журнал для врачей Преграavidарная подготовка пары. Роль синергизма микронутриентов (1,2), И.Ю.Торшин (1), О.А.Лиманова (1) Номер журнала: сентябрь 2015
3. Кашина Е. В., ЗНАЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Авторы Кашина Е. В., Осин А. Я. Журнал Фундаментальные исследования Выпуск № 10 / 2007
4. Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Башкортостан. Диссертация кандидата медицинских наук : 14.00.09 / Марданова Альбина Кадимовна;.- Уфа, 2009.- 158 с.: ил.

УДК 616-009.12

Н.М. Блинова, Ш.М. Сафин, В.А. Воеводин, Л.Р. Хурамшина, И.П. Быкова
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ДЛЯ МОМЕНТАЛЬНОГО КУПИРОВАНИЯ НЕПРИЯТНЫХ СЕНСОРНЫХ
ОЩУЩЕНИЙ У НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПАЦИЕНТКИ
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Резюме. Зеркальная терапия является дешевым, не инвазивным методом восстановления движений, а также лечения болевых синдромов путем создания искусственной зрительной обратной связи, но редко используемый российскими врачами. С целью дальнейшего внедрения в комплекс реабилитационных мероприятий у больных после инсульта, травм плечевого сплетения, хирургии руки, комплексном регионарном болевом синдроме. В данной статье мы представляем случай купирования неприятных сенсорных ощущений у пациентки находящейся на лечении в ранней нейрореабилитации.

Ключевые слова: зеркальная терапия, нейрореабилитация, боль

N. M. Blinova, Sh. M. Safin, V. A. Voevodin, L.R. Khuramshina, I. P. Bykova
CLINICAL CASE USE OF MIRROR THERAPY FOR INSTANT RELIEF OF
UNPLEASANT SENSORY EXPERIENCES IN A NEURO REHABILITATION
PATIENT'S.

Resume. Mirror therapy is cheap, non-invasive method for the recovery and treatment of pain syndromes by creating artificial visual feedback, but rarely used by Russian doctors. With the aim of further implementation in the complex of rehabilitation measures in patients after stroke, injury to the brachial plexus, hand surgery, complex regional pain syndrome. In this article, we present a case of relief of unpleasant sensory experiences in patient undergoing medical treatment in early neurorehabilitation.

Key words: mirror therapy, neurorehabilitation, pain

Зеркальная терапия - метод восстановления движений, а также лечения болевых синдромов путем создания искусственной зрительной обратной связи. Современная методика зеркальной терапии была разработана и исследована профессором V.S. Ramachandran в 1996 г. для фантомной боли ампутированной конечности. Позже были получены единичные данные об эффективности ее в реабилитации моторных проблем после инсульта, травмах плечевого сплетения, хирургии руки, комплексном регионарном болевом

синдроме[2,3]. Суть метода состоит в том, что здоровая конечность помещается перед зеркалом (расположенным в сагитальной плоскости тела) так что пациент видел ее зеркальное отражение. Больная конечность полностью скрывается от глаз пациента за зеркалом или накрывается дополнительно. У пациента, совершающего движения здоровой конечностью и смотрящего в зеркало, создается иллюзия, что движется его пораженная конечность. Обычно рекомендуют делать медленные движения по 3 -15 минут, 1-6 р в в день[1,4].

Зеркальная терапия – доступный, не инвазивный метод, который к сожалению, редко используется российскими врачами. В ее эффект зачастую трудно поверить. Например, случай продемонстрированный в серии «Тиран» американского сериала «Доктор Хаус» рассказывает о человеке, страдающем много лет невыносимой фантомной болью, слабо копирующийся наркотическими анальгетиками, и мгновенно излеченной с помощью зеркальной терапией. «О, Боже! - воскликнул пациент, - О, Боже, доктор, этого не может быть!» Впервые за десять лет, пациент почувствовал, что его фантомная рука «двигается» и боль, наконец, отступила. V.S. Ramachandran отмечает что такой моментальный, драматический и безвозвратный эффект на самом деле он наблюдал у трети своих пациентов, остальным требовалось несколько сеансов для значительного облегчения боли[3,5].

Для информирования врачей и расширения их знаний о зеркальной терапии, мы представляем случай купирования неприятных сенсорных ощущений у пациентки находящейся на лечении в ранней нейрореабилитации.

Материал и методы

Для исследования нам понадобилось зеркало размером 30x75 см, картонная коробка для того чтобы обернуть углы. Это способ мы применяли тогда, когда больная не могла самостоятельно сидеть. Исследователь держал зеркало так чтобы здоровая конечность помещалась перед зеркалом. Далее исследователь просил подвигать руками синхронно — вверх-вниз, не спуская глаз с зеркала(рис.1)



После того как больная смогла принять сидячее положение , метод немного видоизменился. Теперь была использована коробка разделённая внутри на 2 равные половины зеркалом. В коробке были отверстия,



предназначенные для просовывания рук во внутрь. Исследуемая проделывала те же самые движения, но руки уже находились внутри коробки.(рис.2)

Методы: 1) Неврологическое обследование; 2) тест Ривермид (шкалы активности повседневной жизни). Опросник состоит из 3х разделов, в каждом из которых по несколько вопросов. Каждый ответ оценивается от 1-3 баллов. Максимальная сумма баллов =87;

3) Мини – схема исследования психического состояния (MMSE)- тест для оценки когнитивных функций. Опросник состоит из 18 разделов в каждом из которых несколько вопросов. Каждый ответ оценивается от 1-5 балла. Максимальная сумма баллов=30

4) Тест 100 кубиков(для оценки движения в кистях). Тест заключается в том, что за минуту нужно переложить как можно больше кубиков из одной корзины в другую.

5) Оценка боли по визуально -аналоговая шкала(ВАШ). На листе бумаге, где изображена шкала с делениями от 0 до 100 больной ставит отметку, там, где считает что уровень его боли соответствует этому баллу. Чем дальше отметка, тем боль оценивается сильнее.

Результаты и обсуждения

Пациентка А, 60 лет, поступила в отделение ранней нейрореабилитации 2016 года после перенесенного ишемического инсульта (Диагноз : Завершение острого периода нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу атеротромботический инсульт в правой средней мозговой артерии с умеренным левосторонним гемипарезом в ноге и глубоким в кисти). На момент поступления жалобы на затруднения движений в левых конечностях, боли в левой половине тела жгучего характера, наиболее выражены в плече, стопе до 75 баллов по ВАШ. Неприятные ощущения «гирю привязали к стопе» до 40 баллов по ВАШ. Неврологически: Сознание ясное. Адекватная. Глазные щели D=S.Зрачки D=S. Движения глазных яблок в полном объеме. Точки выхода Vнерва безболезненны. Язык по средней линии. Глотание не нарушено. Мышечный тонус не изменен. Движения в правых конечностях в полном объеме, сила достаточная. Активные движения в левых конечностях ограничены в стопе. В левых верхних конечностях: в руках 0,5 баллов, кисти- 0, локоть- 1.,плечо-1. В стопе 1 балл, в колене до 4 баллов. Пассивные движения не ограничены.

Гемигипестезия слева. Сухожильные рефлексы справа живые, слева высокие с рефлексогенных зон. Координаторные пробы выполняет с промахиванием. Симптом Бабинского +слева. Менингеальные знаки отрицательные.

Тест Ревирмида -29 баллов, тест – MMSE 28 баллов – нет нарушений когнитивных функций. Тест 100 кубиков – 0 (захватить кубик не может);

Начато лечение следующими препаратами: Tab.Glicini 0.1 2т*4р/д; Tab.Acescardoli 0.1 1т вечером; Atorici 0.3 1 таб на ночь. Пациентка получала лечебную физкультуру, фитнес упражнения, силовые упражнения и терапию по методике «Баланс» .

На второй день была проведена процедура зеркальной терапии с помощью зеркала 10 минут. Исследуемая контакту доступна. Сознание ясное. Поведение адекватное. Положение вынужденное (лёжа в постели, сидит при поддержке). Эмоциональный фон на момент исследования напряженный. Инструкцию усвоила со второго раза.

Пациентке удалось ощутить иллюзию, что она видит в зеркале левую половину своего тела и двигает конечностями. В ходе первой процедуры, боль снизилась до средней, в стопе полностью прошли неприятные ощущения и боль. В последующие дни общий уровень боли по ВАШ – 20 баллов, в стопе – 0 баллов. Было установлено, что после 2-х недельной зеркальной терапии (2 раза в день по 20 минут) у больной наблюдалось : Движения в левых конечностях ограничены в стопе. Сила мышц в левых верхних конечностях: в руках 1 балл, кисти- 0,5, локоть-1,5, плечо-1,5. В стопе 1,5 балл, в колене до 4 баллов. Оценка по ВАШ 10 баллов. Тест Ривермида 47 баллов; Тест 100 кубиков – захват 3 кубика в минуту.

Особенность человеческого восприятия состоит в том, что зрительная информация важнее, нежели проприоцепция и тактильная чувствительность. Таким образом, используя наиболее важную для мозга визуальную связь, удастся соединить посылаемый эфферентный стимул с положительным зрительным подкреплением [1,4].

Первым возможным механизмом действия зеркальной терапии в восстановлении движений – это участие в растормаживании структурно сохранных, но функционально неактивных областей пораженного полушария. Вторым возможным механизмом ЗТ является активация так называемых «зеркальных нейронов», активирующихся как при выполнении действия, так и при наблюдении за данным действием. Третьим вероятным механизмом ЗТ является стимуляция моторного воображения с помощью визуальной обратной связи. При ЗТ визуальная положительная обратная связь добавляется к воображению[2,3,4].

Эффективность метода ЗТ для лечения болевых синдромов и восстановления движений после инсульта уже доказана в ряде исследований. ЗТ активно применяется в составе комплексной реабилитации после инсульта во многих странах. В нашей стране технология ЗТ только начинает использоваться. Важно еще раз подчеркнуть, что ввиду простоты, доступности и безопасности данной методики нет никаких причин, по которым она не могла бы быть введена как рутинная процедура в комплекс других методов двигательной нейрореабилитации после инсульта[1]. Главное преимущество зеркальной терапии заключается в том, что она не имеет побочных эффектов и больные могут использовать зеркала в домашних условиях.

Литература

1. Пирадов М.А., Назарова М.А. Зеркальная терапия в нейрореабилитации // «РМЖ» 2014; №22 с.1563
2. Buccino G, Binkofski F, Riggio L, The mirror neuron system and action recognition, *Brain Lang*, 2004;89:370–6.
3. Moseley GL, Graded motor imagery is effective for longstanding complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial, *Pain*, 2004;108(1–2):192–8.
4. Ramachandran V.S., Rogers-Ramachandran D., Cobb S. Touching the phantom limb // *Nature*. 1995. Vol. 377. P. 489–490.
5. Shmuelof L, Zohary E. A mirror representation of others' actions in the human anterior parietal cortex. *J Neurosci*. 2006;26(38):9736-9742.
6. Jack T. Use of Mirror Therapy for the Treatment of Phantom Limb Pain. *Frontiers in Neurology*. 2010;1. doi:10.3389/conf.fneur.2010.56.00002

УДК 61

Э.З. Садыкова, Т.Ю. Ребекина, Ш.Р.Бадретдинов

ПРОБЛЕМА СИНДРОМА ДЕФЕЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье проведен анализ общепризнанных теоретических знаний о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, СДВГ, дети.

Badretdinov Sh.R., Sadykova E.Z., Rebekina T.Y..

PROBLEM SYNDROME ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. This article analyzes the generally accepted theoretical knowledge about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Keywords. Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD children.

Актуальность: По данным эпидемиологических исследований частота СДВГ среди детей дошкольного и школьного возраста составляет до 9,5%. Симптомы этого расстройства до недавнего времени рассматривались в общей клинической картине минимальных мозговых дисфункций (ММД). Однако рост распространенности этого расстройства в детской популяции (от 2% 2000 г. до 9,5% 2010 г.) привел к необходимости выделения его в отдельную нозологическую единицу. Принято разделять СДВГ на три субтипа: с преобладанием невнимательности, с преобладанием гиперактивности (импульсивности) и комбинированного типа.

Цель исследования: изучение в теоретическом аспекте проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей.

Материалы и методы: анализ научных публикаций и основных концепций по теме исследования.

Результаты и обсуждения: Информированность населения об этом заболевании, этиологии, патогенезе и способе лечения и коррекционной работы крайне низкая, и зачастую не соответствует действительности. По данным Института возрастной физиологии РАО, 14 % педагогов, 9 % воспитателей, 46 % психологов и 17 % родителей только слышали об этом, 5 % родителей знают, как проводится диагностика СДВГ.

Специалисты определяют дефицит внимания (ДВ) как неспособность к концентрации внимания в течение нескольких секунд в любой обстановки. Основные характеристики

внимания - концентрация, переключаемость, устойчивость, распределение, объем - ниже нормы. Кроме сниженного внимания для гиперактивных детей характерны нарушения памяти, снижение умственной работоспособности, повышенная утомляемость. Объем оперативной памяти и мышления снижен. Больше всего эти нарушения проявляются на занятиях в школе. Ребенок на уроке часто отвлекается, не способен до конца выполнить задания, делает много ошибок, но не из-за непонимания, а из-за невнимательности. Рассеянность увеличивается по мере выполнения задания, что свидетельствует о повышенной утомляемости нервной системы. Продуктивная работа таких детей в классе очень низкая. Время, в течение которого они могут продуктивно работать, не превышает 5-15 минут, по истечению которых они теряют контроль над умственной активностью. Какой-то период (3-7 минут) мозг «отдыхает», накапливает силы и энергию для следующего рабочего цикла. В моменты «отключения» ребенок занимается посторонними делами и на слова учителя не реагирует. Проблемы внимания в 90% случаев сопровождаются гиперактивностью. Кроме того, внимание ребенка неразрывно связано мотивацией: дети не склонны уделять внимание тому или иному занятию до тех пор, пока они не поймут, почему они должны это делать, если занятие не кажется им интересным и не влечет собой поощрение.

Прогноз при СДВГ зависит от тяжести заболевания, своевременной постановки диагноза и проведения соответствующего лечения. Специалисты отмечают вариабельность течения синдрома: нарушения могут продолжаться во время подросткового периода и во взрослой жизни. По данным литературы от 20 до 50% детей «перерастают» этот синдром. Однако у остальных симптомы различной системы тяжести продолжают оставаться и приводят к проблемам в повседневной жизни. Они не организованны и плохо контролируют свою деятельность. Среди подростков с СДВГ наркомания, алкоголизм и правонарушения распространены в большей степени, чем в популяции.

Благоприятный прогноз при СДВГ возможен при осуществлении комплексной программы коррекции, включающей медикаментозные и психологопедагогические методы, при условии ее непрерывного проведения - в школе и дома, в будни и выходные дни. Для изменения поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе. Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения ребенка за требуемое поведение и наказание (отсутствие поощрения) за неправильное. Желательно, чтобы учителя в школе принимали во внимание специфику нарушений у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания.

Сегодня еще много нерешенных вопросов, т.к. проявления СДВГ больше в социальных последствиях - растущая наркомания, депрессивные нарушения, рост преступности,

особенно у подростков. В связи с этим растет актуальность проблемы, а значит высокая заинтересованность врачей, педагогов, родителей. Все это обуславливает увеличение научных исследований. Стало очевидно, что необходима диагностика и дифференциальная диагностика с помощью современной аппаратуры, квалифицированное этиопатогенетическое лечение, психотерапия, тренинги для родителей и детей.

Заключение и выводы: В ходе исследования мы пришли к выводу о том, что растет распространенность СДВГ, но одновременно с тем сохраняется низкая информированность как родителей, так и учителей и воспитателей. Также становится ясно, что в лечении и реабилитации детей необходим комплексный подход. А недостаточность знаний у населения замедляет реабилитацию детей с этим заболеванием.

Литература

1. Астапов В.М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер Пресс, 2008. – 256 с.
2. Белоусова Е.Д., Никифорова М.Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности. / Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2010. - № 3. - с.39-42.
3. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н. Н. Заваденко. - М.: Академия, 2005. - 256 с.
4. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: в 3 т. - М.: Медицина, 2004.

УДК 159.9.072.432

Л.Ш. Адельгужина, И.Ф. Сулейманова, О.А. Пермякова
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ И ЛИЧНОСТНОЙ
ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсами ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Специфика типа личности влияет на риск возникновения психической патологии. Это обусловлено не только биологической природой психических заболеваний, но также значительными стрессовыми нагрузками, характерными для обучения в вузе и создающими

дополнительные условия для предрасположенности к заболеванию или для активного проявления болезненного процесса.

Ключевые слова: студент, психиатрия, тревожность, алекситимия, тест.

L.S. Adelgugina, I.F. Suleymanova, O.A. Permyakova
RESEARCH OF THE ANXIETY AND ALEXITHYMIA'S LEVEL AMONG
STUDENTS

Department of psychiatry, narcology and psychotherapy
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The specificity of personality coincides with the most high-risk of mental health problems due to the biological nature of mental illness, significant stress loads.

Keywords: student, psychiatry, anxiety, alexitimia, test.

Актуальность: Проблема состояния здоровья студентов вузов привлекает все большее внимание специалистов различных областей медицины. Это обусловлено ролью, которую играет эта социальная группа в обществе. В широком круге вопросов, связанных с проблемой охраны здоровья студентов, значительное место занимают нервно-психические и психосоматические расстройства. Темп и напряженность учебы, жизни предъявляют повышенные требования к компенсаторным механизмам психики студентов, срыв которых приводит к возникновению соматических заболеваний, стресса, психологическим и социальным конфликтам[2]. Неспособность человека называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, называется алекситимией. Следствием становится чрезмерный прагматизм и отсутствие творческого отношения к жизни. Часто при алекситимии у людей определенного склада личности легко возникают кратковременные, резко выраженные в

поведении эмоциональные взрывы, причины которых ими плохо осознаются. Доказано, что личности с высоким уровнем алекситимии больше подвержены психосоматическим расстройствам и неврозам[1].

Цель исследования: исследовать уровень алекситимии и личностной тревожности, выявить риск развития психосоматических расстройств среди студентов БГМУ.

Материалы и методы: Нами проведено исследование 30 студентов 5 курса лечебного факультета БГМУ (3 клинические группы) во время прохождения цикла психиатрии. Выборка была сплошной. Использовали тест на определение уровня личностно тревожности Спилбергера-Ханина, Торонтскую шкалу алекситимии (TAS), Гиссенский опросник соматических жалоб. Математико-статическая обработка осуществлялась с помощью корреляционного анализа (r) и выявления средних величин.

Результаты и обсуждение: Исследование выявило, что у 25 студентов (83,33%) уровень алекситимии составил 63 балла и ниже, что соответствует «неалекситимическому» типу личности; у 2 студентов (6,67%) от 64 до 72 баллов, они входят в группу риска; у 3 студентов (10%) высокий уровень алекситимии - больше 73 баллов. Максимальный уровень алекситимии среди опрошенных составил 78 баллов.

Оценка уровня личностной тревожности (Тест Спилбергера-Ханина) показала, что только у одного студента (3,33%) встречается низкий балл личностной тревожности (28 баллов); 7 студентов (23,33%) имеют умеренный уровень; высокий - у 22 студентов (73,33%). Максимальное значение - 60 баллов, при условии, что до 30 баллов – низкая тревожность, 31 – 44 балла – умеренная, 45 и более – высокая[6].

В результате корреляционного анализа показателя «давления жалоб» и уровня личностной тревожности выявлен умеренный уровень корреляции ($r=0,49$), что говорит о вероятном риске развития вышеперечисленных расстройств у лиц с высоким уровнем личностной тревожности. Коэффициент линейной зависимости «давления жалоб» и уровня алекситимии (r) равен 0.34. Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – умеренная.

Таблица 1

Коэффициент корреляции показателя «давления жалоб» с уровнем алекситимии и личностной тревожности у студентов 5 курса лечебного факультета БГМУ.

	«Давление жалоб»	Уровень алекситимии	Уровень личностной тревожности
Средняя величина	15,4	56,8	48

(баллы)			
Коэффициент корреляции (r)		0,34	0,49

Таким образом, проведенное исследование позволяет проследить прямую связь между уровнем алекситимии и личностной тревожности с количеством соматических жалоб. Чем выше уровень личностной тревожности и алекситимии, тем больше соматических жалоб у респондентов.

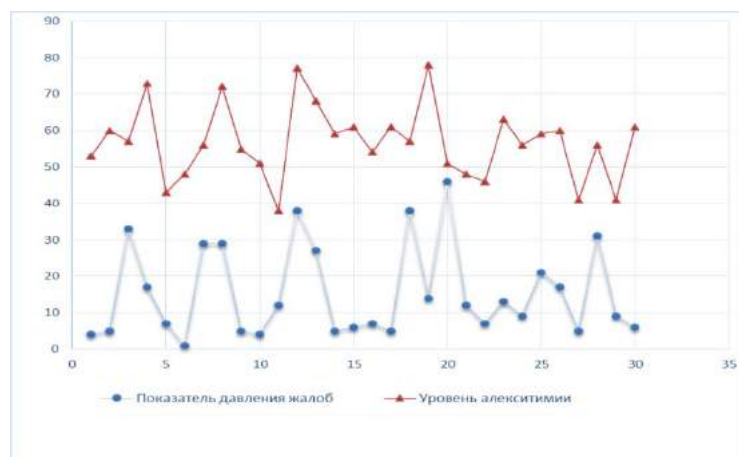


Рис. 1. Соотношение соматических жалоб и уровня алекситимии



Рис. 2. Соотношение соматических жалоб и уровня личностной тревожности

Заключение и выводы: Результаты нашего исследования показали, что среди студентов 5 курса лечебного факультета БГМУ определяется высокий уровень личностной тревожности и алекситимии, что увеличивает риск развития невротических и психосоматических расстройств, выявлена прямая связь этих показателей с количеством соматических жалоб. Полученные в ходе исследования данные ставят перед медициной новые задачи по разработке программ, направленных на коррекцию личностных особенностей, что является профилактикой невротических и психосоматических заболеваний у студентов-медиков, поможет формированию аутопсихологической компетенции.

Литература

1. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. — 2003. — № 1. — С. 128—145.
2. Красик Е.Д., Положий Б.С., Е.А. Крюков Е.А Нервно-психические заболевания у студентов. – Томск, 1982. – 7 с.
3. Райгородский Д. Я., Практическая психодиагностика. Издательский: Дом «БАХРАХ-М» Самара 2001
4. <http://psycabi.net/testy/269-test-na-chuvstva-metodika-torontskaya-shkala-aleksitimii-tas>
5. <http://psychojournal.ru/tests/127-test-na-uroven-trevozhnosti-spilbergera-hanina.html#t20c>
6. <http://dr-belenko.narod.ru/TAS.htm>

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, СПИД, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

УДК 616.34-036.11-022-079.

Д.А. Валишин, Е.А. Назырова, А.Б. Латыпов

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Рассмотрены вопросы трудности дифференциальной диагностики острых кишечных инфекций у взрослых на основе анализа медицинских данных инфекционной клинической больницы № 4 г. Уфы. Приведены ошибки в постановке диагноза, на основе проанализированных данных приведены наиболее частые причины допущенных ошибок.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, ошибки в диагностике

D.A. VALISHIN, E.A. NAZYROVA, A.B. LATYPOV

ERROR ANALYSIS IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE ENTERIC INFECTION IN ADULTS

**Department of Infectious Diseases with the course of the IAPE, Bashkir State Medical
University, Ufa**

Resume: The problems of the difficulties of differential diagnosis of acute enteric infections in adults based on an analysis of medical data infectious hospital № 4 of Ufa. Shows errors in diagnosis, based on the analyzed data are the most common causes of errors.

Keywords: acute enteric infections, diagnostic errors

Актуальность: Своевременный и правильно поставленный диагноз является залогом эффективного лечения заболевания. При анализе литературы нами было выявлено, что ряд исследователей указывают на трудности и ошибки при постановке диагноза острая кишечная инфекция (ОКИ) [1,2,3,4,5].

Цель исследования: выявить наиболее часты причины ошибочной постановки диагноза ОКИ у взрослых.

Материалы и методы: Материалами исследования являлись медицинские карты стационарных пациентов поступивших в инфекционную клиническую больницу № 4 г. Уфы (ИКБ № 4) с диагнозом ОКИ в 2014 году в количестве 2634 единицы, а также материалы непосредственного клинического наблюдения 42 пациентов этой больницы с ошибочно

установленным диагнозом ОКИ. В исследование не включены больные, диагноз у которых был изменен в приемном покое, и их перевели в стационар соответственно профилю. В процессе исследования нами были использованы следующие методы: статистический, средних величин, клинического наблюдения, ретроспективный анализ.

Результаты и обсуждение: Всего за 2014 год в ИКБ № 4 поступило 2634 взрослых больных с ОКИ, из них 42 пациентам (1,6%), в том числе 23 мужчинам и 19 женщинам в возрасте от 18 до 81 лет в дальнейшем был установлен верный диагноз. Среди этих пациентов у 22 (52,4%) вместо ошибочно поставленного диагноза ОКИ оказалась острая хирургическая патология, у 12 (28,6%) геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), у 4 (9,5%) - обострения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, у 2 (4,8%) заболевания системы кровообращения, у 1 (2,4%) онкологическое заболевание, у 1 (2,4%) ЛОР-патология осложнившаяся неврологической симптоматикой. В процессе исследования нами было подробно изучены пациенты с данными заболеваниями с целью определения причин неверно проведенной диагностики. Наибольшую группу среди пациентов с ошибочно установленным диагнозом составили больные с впоследствии установленной острой хирургической патологией (22 больных или 52,4%). У них были выявлены: острый аппендицит – 9 пациентов (40,9%), острый панкреатит и кишечная непроходимость по 4 (18,2%), кишечное кровотечение – 3 (13,6%), ущемленная грыжа и тромбоз мезентеральных сосудов по 1 пациенту (4,5%). Среди 9 пациентов с острым аппендицитом было 5 женщин, 4 мужчины в возрасте от 17 до 47 лет. Все они отмечали острое начало заболевания, предъявляли жалобы на острые боли в животе различной локализации. Жидкий стул в первые дни заболевания, отмечался у 66,6% пациентов, у 22,2% стула не было, у 11,1% стул был разжиженным. Тошнота и рвота была у всех больных, не более 5 раз. Температура тела повышалась у всех пациентов, из них в 33,3% случаев лихорадка была фебрильной, в 66,6% субфебрильной. Симптом Щеткина-Блюмберга определялся в 66,6%, Кохера – в 22,2%, Ситковского – в 11,1%. В общем анализе крови (ОАК) у всех были отмечены изменения характерные для воспалительного процесса. Больные с впоследствии установленным диагнозом острая кишечная непроходимость поступили в стационар не ранее 48 часов от момента появления жалоб. У 2 пациентов в анамнезе полостные операции. Основными жалобами являлись боль в животе разлитого характера, рвота до 5 раз в сутки, у 75% отмечался жидкий стул со слизью до 10 раз. Температура тела фебрильная или субфебрильная. В ОАК лейкоцитоз ($10 \cdot 10^9/\text{л}$), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 30 мм/ч с тенденцией к повышению. Рентгенографически у всех регистрировались чаши Клойбера с горизонтальным уровнем жидкости. Пациенты были переведены в стационар по профилю позже 5 дня, что объясняется стертым течением

болезни, учитывая возраст больных. Таким образом, основная клиническая особенность острой хирургической патологии в отличие от ОКИ – это преобладание болевого синдрома над диарейным. Второй по распространенности патологией, при которой был ошибочно выставлен диагноз ОКИ, была ГЛПС. Из пациентов, чей диагноз был подтвержден серологическим исследованием, нами были выявлены 12 человек (7 мужчин и 5 женщин), контактировавшие с продуктами жизнедеятельности мышей. Больные поступали в стационар в среднем на 4 день от начала заболевания, но не позже 7. Ведущей жалобой было повышение температуры тела до 40°C градусов более 3 дней, острое начало заболевания. Рвоту отмечали половина пациентов кратностью более 3 раз в день. Жидкий стул отмечался у всех пациентов, но не превышал 7 раз в сутки. Боли в животе отмечали 75% пациентов, у 25% были тяжесть и боли в пояснице. Средние значения белка в общем анализе мочи (ОАМ) 0,6 г/л, тромбоцитов в ОАК $68 \cdot 10^9$ г/л. Таким образом, диарейный синдром при ГЛПС является проявлением интоксикации. Сходную клинику с ОКИ имели пациенты с обострением хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта: с хроническим панкреатитом (3 человека), с синдром раздражённого кишечника (1 человек). Больные с обострением хронического панкреатита предъявляли жалобы на боли в животе опоясывающего характера, тошноту, рвоту до 7 раз у 66,6% пациентов, обильный жидкий стул до 10 раз у всех больных была субфебрильная температура. В анамнезе погрешности в диете накануне заболевания. Показатели диастазы в моче превышали норму 1200-1525 Ед/л (при норме до 1000 Ед/л) и на фоне лечения снизились до нормы. Нередко под маской ОКИ протекают заболевания системы кровообращения. Таких пациентов в исследуемой нами группе было 2 человека с диагнозами: инфаркт миокарда и синдром слабости синусового узла, в возрасте соответственно 81 и 38 лет. Госпитализированы через 24 часа от начала появления симптомов. Оба пациента имели отягощенный анамнез: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, аритмия. Начало заболевания было острым и сопровождалось гипертоническим кризом, при аускультации сердца выслушивалась аритмия, акцент 2 тона над аортой. Беспокоили перебои в работе сердца, головная боль, рвота до 10 раз, не приносящая облегчения, водянистый жидкий стул до 10 раз, дискомфорт в животе. Температура не повышалась. В крови не было воспалительных изменений. По данным электрокардиографии подтверждена патология системы кровообращения, после чего больные переведены в республиканский кардиоцентр. Рассмотрев данные случаи, диарея был эквивалентом абдоминального синдрома при сердечно-сосудистых заболеваниях. Из группы онкологических больных к нам в стационар поступил в тяжелом состоянии мужчина 75 лет. Ведущей жалобой был жидкий стул и рвота без подъема температуры, болезненное мочеиспускание малыми порциями с кровью, боли в животе в нижних отделах постоянного

характера. В анамнезе аденома простаты в течение 15 лет и оперативные вмешательства по этому поводу. По данным ОАМ свежие эритроциты, биохимического анализа крови - азотемическая уремия (креатинин 1100 мкмоль/л, мочевины 38,9 ммоль/л), ультразвуковое исследование выявило объемное образование в стенке мочевого пузыря с распадом. Больной переведен в республиканский онкологический диспансер на 2 суток. В данном примере диарейный синдром был проявлением азотемической уремии. Пример ошибочной дифференциальной диагностики с ЛОР заболеванием была пациентка, поступившая с диагнозом пищевая токсикоинфекция (ПТИ) на 7 день с момента начала заболевания. Из анамнеза: пациентка с 1 дня болезни обращалась к неврологу, стоматологу, амбулаторное лечение без эффекта. Заболевание развивалось постепенно. Проявлялись жалобы на боли в левой части лица, головную боль, головокружение, рвоту до 7 раз в день в течение 7 дней, отсутствие аппетита, температура до 38°C. Стул оформленный, болей в животе не было. В отделении в динамике нарастала неврологическая симптоматика: синдром Данцига (+++), синдром Кернига (+), ригидность затылочных мышц. В ОАК лейкоцитоз до $22,8 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ до 46 мм/ч. Окончательный диагноз позволила поставить компьютерная томография, которая выявила гнойный пансинусит. Осложнением заболевания стала флегмона лица, экзофтальм левого глаза, а также гнойный менингит, являвшийся причиной неврологической симптоматики. Во всех 42 случаях ОКИ бактериологическим посевом не подтвердилась.

Заключение и выводы:

1. Из проанализированных 2634 случаев госпитализаций с диагнозом острая кишечная инфекция, в 42 (1,6 %) случаев в дальнейшем было установлено, что диагноз оказался ошибочным.
2. Среди заболеваний, при которых изначально был поставлен ошибочный диагноз ОКИ, были следующие: группа заболеваний относящихся к острой хирургической патологии (52,4%), ГЛПС (28,6%), поражения желудочно-кишечного тракта (9,4%), заболевания системы кровообращения (4,8%), онкологическая патология (2,4%), ЛОР-патология осложнившаяся неврологической симптоматикой (2,4%).
3. Ведущим симптомом, послужившим причиной первичной ошибочной постановки диагноза ОКИ являлась неправильная трактовка наличия у пациентов диареи (в 80,9% случаев).
4. Наиболее частыми причинами, вызвавшими трудности при первичной дифференциальной диагностике ОКИ были: недооценка болевого синдрома и его нарастание в динамике (в 52,4% случаев), переоценка диарейного синдрома (35,7%), недостаточная настороженность в отношении возраста, анамнеза, данных объективного осмотра, хронических и длительно протекающих заболеваний (28,5%), недоучет клинических

проявлений настоящего заболевания, в частности, длительность, частота жидкого стула, отсутствие лихорадки, рвоты (14,2%), недооценка жалоб на другие органы и систем (9,5%), течение болезни неинфекционной патологии с проявлениями диспепсии (2,3%), причем часто наблюдалось сочетание этих симптомов одновременно у одного пациента.

Литература

1. Казанцев А.П., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней – М., 2013. – 496 с.
2. Лобзин Ю.В., Финогеев Ю.П., Винакмен Ю.А. Маски инфекционных болезней. – М., 2003. – 200 с.
3. Хунафина Д.Х., Кутуев О.И., Шамсиева А. М., Валишин Д.А., Мурзабаева Р.Т., Мамон А.П., Бурганова А.Н., Султанов Р.С., Хабелова Т.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом //Учебно-методическое пособие. - Уфа, 2004. – 20 с.
4. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. – М., 2001. – 304 с.
5. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни. – М., 2013. – 704 с.

УДК 616.9-071:339

Г.Д. Валишина, М.А. Багиева, И.Д.Валишин

"ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ" В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В статье представлен анализ историй болезней больных находившихся на стационарном лечении ИКБ №4 г. Уфы в 2014 году.

Ключевые слова: инфекционные заболевания, дифференциальная диагностика, серозный менингит, ботулизм, энтеровирусная инфекция.

G.D. Valishina, M.A. Bagieva, I.D.Valishin

"DIFFICULT DIAGNOSIS" IN CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES

Department of Infectious Diseases, Bashkir State Medical University(Ufa, Russia)

Resume. The paper presents the case histories of patients, who were hospitalized in ICH №4 of Ufa in 2014.

Keywords: infectious diseases, differential diagnosis, serous meningitis, botulism, enterovirus infection.

Аннотация. Наиболее рациональный путь к установлению этиологии заболевания лежит через определение ведущего синдрома с последующей внутрисиндромальной дифференциальной диагностикой сходных нозологических форм, при этом из огромного числа разнообразных симптомов важно выделить лишь основные, наиболее типичные для данного заболевания. Следует обратить особое внимание на необходимость быстрой оценки анамнестических и эпидемиологических данных, собранных у больного, сопровождающих его лиц или из направляющего документа (наличие эпидемической вспышки, прибытие из эндемических районов, характер клинических симптомов и лечения до прибытия в стационар, наличие сопутствующей патологии). Осматривать больного следует, полностью освободив его от одежды. Исключительное значение для экстренной диагностики приобретает качественная характеристика симптомов, в том числе таких клинических признаков, как спадение вен и изменение тургора кожи, характер и динамика цианоза, а также осмотр рвотных масс, стула и мочи.[1,3].

Цель: Целью нашего исследования явилось изучение нескольких диагностических случаев и клинических разборов больных, находившихся на лечении в ИКБ№4 в 2014г.

Материалы и методы: Объектом исследования были медицинские карты больных, находившихся на стационарном лечении в ИКБ №4 в с 1 января 2014 г. по 31.12.2014 г.

Результаты и обсуждение: Успех диагностики в клинике инфекционных болезней в значительной мере обусловлен своевременной диагностикой как нозологической формы, так и ведущего клинико-патогенетического синдрома, определяющего тяжесть течения заболевания. Проведенный анализ свидетельствует о том, что уровень догоспитальной диагностики в ранний период инфекционных заболеваний все еще недостаточно высок. Нередко в инфекционный стационар поступают больные неинфекционными заболеваниями (вторичный гнойный менингит, субарахноидальное кровоизлияние, сепсис, уремия, отравления ядами, панкреатит, пневмония, сахарный диабет, инфаркт миокарда, инсульт, туберкулез, острый лейкоз, злокачественные новообразования, острые хирургические заболевания и др.). По нашим данным, в различные годы подобных больных поступало от 15 до 28%. Кроме того, нередко тяжесть состояния инфекционного больного обусловлена сочетанием инфекции и хронических системных заболеваний (бронхиальная астма, пороки сердца, гипертоническая болезнь, атеросклероз, алкоголизм и др.). Анализ «динамики диагнозов», сроков поступления в инфекционные стационары и тактики ведения более 350 больных с неотложными состояниями позволил нам выявить наиболее типичные врачебные ошибки. Основные причины диагностических ошибок — переоценка наиболее выраженных локальных симптомов и недооценка общего состояния больного и симптомов со стороны других систем, игнорирование других систем, игнорирование данных эпидемиологического анамнеза [4,5]. Примером может служить направление в стационар с диагнозом "сальмонеллез" больного с жалобами на боли в животе, жидкий стул, повышение температуры, было отмечено вздутие живота, тахикардия. Заболел 15.06.14. Обращался к гастроэнтерологу в клинику "Профилактическая медицина" - заключение: Острый гастроэнтероколит неуточненный. Панкреатит неуточненный. Было рекомендовано обследование ОАК, ОАМ, печеночные пробы, УЗИ ОБП, ФГДС, обследование и лечение в стационаре - больно й отказался. Дано направление в БСМП к хирургу и в ИКБ №4. От вызова скорой помощи отказался.

Поступил в ИКБ № 4 17.06.2014. В общем анализе крови лейкоцитоз ($17,8 \cdot 10^9$ л) СОЭ 50 мм/ч. На УЗИ

органов брюшной полости: повышенная пневматизация петель кишечника под лонем, стенки утолщены до 3 мм, межпетельно небольшое количество жидкости. Больной отмечает плохой аппетит. На 3 сутки поступления в стационар у больного появилась рвота, и также боли в животе. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости были выявлены чаши Клойбера с горизонтальным уровнем жидкости. Был переведен в хирургическое

отделение Клиники Бгму с диагнозом: Кишечная непроходимость. Больной скончался на операционном столе. Патологоанатомический диагноз: Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Об этом же свидетельствует распространенность таких ошибочных диагнозов направления, как "пищевая токсикоинфекция" при серозном менингите. Больной Г. 12 лет поступает 01.07.2014. с жалобами на слабость, жидкий стул, потеря аппетита, головную боль. Состояние в динамике ухудшалось. В связи с сохранением головной боли, головокружения, была проведена спинномозговая пункция от 03.07.14 DS:серозный менингит., и исследование ликвора: р. Панди ++, белок 0,27 г/л, глюкоза -3,5 ммоль /л. Бак посев ликвора -выделено. Осмотрен реаниматологом, Лор-врачом. DS: Правосторонний наружный отит.

Предполагается, что этот воспалительный очаг привел к возникновению серозного менингита. Больной направлен в неврологическое отделение. Наряду с этим следует отметить крайнюю редкость в диагнозе направления указания на синдром, осложнивший данное инфекционное заболевание, и предпринятые в соответствии с этим лечебные мероприятия на догоспитальном этапе. Ввиду того, что в начальном периоде столбняка развитию кардинальных признаков заболевания: тризму, сардонической улыбке, ригидности мышц и появлению судорог — нередко предшествуют (или могут доминировать) мышечные боли, боли в горле и дисфагия, часто устанавливаются ошибочные предварительные диагнозы: «миозит», «нейромиозит», «ангина», «заглоточный абсцесс», «перитонзиллярный абсцесс», «прорезывание зубов мудрости», «менингит», «энцефалит» и др., определяющие неправильное лечение больных. Например, больная К. поступила с жалобами на боли в животе, слабость в мышцах, вялость, сухость во рту, ухудшения зрения, рвоту. До поступления в инфекционный стационар была осмотрена 2 раза терапевтом, был поставлен диагноз острый панкреатит. Принимала регидрон, смекту, актовегин. Также была осмотрена окулистом в платной клинике. В связи с тем, что нарастала слабость, появление двоения в глазах, чувство нехватки воздуха во время чтения лекций на работе, была вынуждена самостоятельно обратиться в приемный покой ИКБ №4, где была госпитализирована. Предварительный диагноз :пищевая токсикоинфекция. После тщательного сбора анамнеза- ела с мужем и свекровью вяленую рыбу кефаль не соленую, привезенную с Казахстана. У свекрови наблюдалась такая же симптоматика. Учитывая клинико-anamnestические данные, неврологические изменения (отмечается мидриаз, анизокория, выражен нистагм, нарушения зрения, шаткая походка, плохо глотает твердую пищу), эпиданамнез, был поставлен диагноз : Ботулизм, позднее поступление. Была введена противоботулиническая сыворотка. Интересный клинический случай произошел в сентябре 2014 года. Больная Я. 47 лет в связи с лихорадкой, рвотой и появления жидкого стула была

госпитализирована в 11 отделение ИКБ № 4. На 2 сутки заболевания отмечалось ухудшение состояния, боли в глазных яблоках, появление отека и гиперемии на глазах, ухудшение зрения. После проведения КТ и осмотра офтальмолога была переведена с диагнозом флегмона правого глаза в НИИ Глазных болезней [7]. Еще один интересный случай произошел в октябре молодой человек поступил на 4 сутки от начала заболевания с жалобами на температуру, головную боль, тошноту, сыпь на кистях, стопах, выраженный зуд и боли при прикосновении к конечностям. Был осмотрен терапевтом врачом скорой помощи до поступления в стационар. Поставлен диагноз: ОРВИ. Принимал нурофен и ингавирин.

После приема в ИКБ № 4 выставлен диагноз : Эпидемическая вирусная инфекция. В первые часы

заболевания проводилась дифференциальная диагностика с менингококковой инфекцией [8]. Выводы: Один из важнейших залогов успеха в диагностически трудных случаях – сбор максимально полного массива информации о больном (в том числе, и это принципиально важно, о тех аспектах его медицинской и социальной истории, которые на первый взгляд кажутся совсем не относящимися к делу!). Именно на этой основе врач может сформировать максимально широкий круг диагностических гипотез, включив в него заболевания и синдромы из разных «отраслей» медицины – не забыв при этом об инфекциях, паразитарных болезнях, наследственных синдромах и психосоматических расстройствах. Как и в процессе расследования преступлений, наибольший интерес здесь представляют необычные и экзотические жалобы и симптомы, неожиданные лабораторные находки: именно они нередко дают "специфический" ключ к решению задачи. Методичная проверка каждой из этих гипотез с помощью параклинических методов и консультаций профильных специалистов позволяет в большинстве «сложных» случаев прийти к правильному и логически обоснованному решению проблемы [2,6].

Литература

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство. М., Гэотар-Медиа, 2009.
2. Инфекционные и паразитарные болезни в схемах и таблицах. / Н.Д Ющук [и др.]. - М, 2008.
3. Клинико-лабораторная диагностика инфекционных болезней: Рук.для врачей / Ю. П. Финогеев, Ю. В. Лобзин, Ю. А. Винакмен и др.; Под ред.Лобзина Ю.В. - СПб.: Фолиант, 2001. - 384с.
4. Маски инфекционных болезней / Ю. В. Лобзин, Ю. П. Финогеев, Ю. А. Винакмен и др. - СПб.: Фолиант, 2003. - 200с.

5. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке: Рук. для врачей / В. И. Покровский, Г. Г. Онищенко, Б. Л. Черкасский. - М.: Медицина, 2003. - 663с.
6. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей / А.П. Казанцев, Т.М. Зубик, К.С. Иванов, В.А. Казанцев. - М.: Мед. информ. агенство, 1999. - 482с.:
7. Инфекционные болезни с поражением органа зрения: Руководство для врачей / Ю. В. Лобзин, В. М. Волжанин, Ю. П. Финогеев и др.; Под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб: Фолиант, 2003.
8. Инфекционные болезни с поражением кожи / Ю. П. Финогеев, Ю. В. Лобзин, В. М. Волжанин и др.; Под общ.ред.Ю.В.Лобзина. - СПб.: Фолиант, 2003. - 240с.

УДК 616.527.4-055.5

А.И. Миниярова

**СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ПУЗЫРЧАТКИ
ГУЖЕРО–ХЕЙЛИ–ХЕЙЛИ**

**Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.**

Резюме: В данной статье описан случай подтверждающий возможность о развитие доброкачественной пузырчатки Гуджеро-Хейли-Хейли при отсутствии наследственного фактора. Проведено лабораторное обследование пациента , выявлено сопутствующее заболевание Ревматическая полимиалгия .

Ключевые слова: доброкачественная пузырчатка Гуджеро-Хейли-Хейли, ревматическая полимиалгия, отсутствие наследственного фактора.

A.I Miniyarova

THE CASE OF COMMON BENIGN PEMPHIGUS GUZHERO-HAILEY-HAILEY

**Department of dermatology with courses dermatology and cosmetology IAPE, Bashkir
State Medical University, Ufa**

Abstract: This article describes a case of confirming the possibility of the development of benign pemphigus Goodger-Hailey-Hailey in the absence of hereditary factors. A laboratory examination of the patient revealed a concomitant disease polymyalgia rheumatica.

Keywords: benign pemphigus Goodger-Hailey-Hailey, polymyalgia rheumatica, the absence of a hereditary factor.

Актуальность. Доброкачественная пузырчатка Гуджеро-Хейли-Хейли – это редкое аутосомно-доминантное наследственное заболевание, который характеризуется нарушением супрабазальной связи между клеток эпидермиса и изменением процессов дифференцировки клеток. Факторами риска врожденного дефекта экспрессии молекул адгезии является мутация гена АТР2С1, что обуславливает до 70% случаев заболевания [1,2,3]. В то же время рядом авторов отмечена возможность развитие заболевания при отсутствие семейной предрасположенности [2]. Типичной локализацией патологического процесса при доброкачественной пузырчатки Гуджеро-Хейли-Хейли являются естественные складки: паховые бедренные, межъягодичные, подмышечные впадины, складки под молочными железами, боковые поверхности шеи. Однако, при неспецифических патогенетических факторах (механических, физических, токсических, аллергических и др.) местом

локализации процесса могут быть область лопаток, плеч, слизистой оболочки полости рта, пищевода, конъюнктивы, а так же вовлечение всего кожного покрова [2]. Патогистологическая картина доброкачественной пузырчатки характеризуется дегенеративными изменениями шиповатого слоя эпидермиса, проявляющееся разрушением межклеточных мостиков, дистрофическими изменениями ядер клеток, с образованием щелей и пузырей. В просвете пузыря обнаруживаются дискератотические клетки заполняющие всю толщу эпидермиса в виде «разрушенной кирпичной стены». Неравномерно выражены акантоз и паракератоз, отечные сосочки дермы вдаются в эпидермис в области дна пузыря. В верхней части дермы умеренный периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоидных клеток и гистиоцитов с примесью эозинофилов и плазматических клеток [1,2]. При аутоиммунной природе развития заболевания характерно обнаружение иммунных комплексов в межклеточной субстанции многослойного плоского эпителия и в месте формирования пузыря, а так же морфологические и клиничко- лабораторные особенности симптома: положительный симптом Никольского, акантолитические клетки в мазках – отпечатках [2].

Цель исследования. Изучить возможность развития распространенной формы пузырчатки Гуджера-Хейли-Хейли на фоне хронического ревматоидного заболевания.

Материалы и методы. Карта стационарного больного Х. 77 лет, проходившего стационарное лечение в ГАУЗ РКВД в декабре 2015 года. В процессе нашей работы были проанализированы результаты обследования пациента: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, иммунограмма, патогистологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Под нашим наблюдением находится пациент Х. 77 лет, который поступил в ГАУЗ РКВД с жалобами на высыпания в виде пузырей на коже паховых и подмышечных складок, грудной клетке, головы и бедер, общую слабость, боли в мышцах верхних и нижних конечностей, отеки голени и стоп, зуд в области высыпаний. Из анамнеза заболевания стало известно, что он считает себя больным в течение 8 месяцев. С мая 2015г. больного беспокоили боли в области суставов и мышц плечевого пояса и нижних конечностей. Через месяц, по направлению участкового терапевта, был госпитализирован в ревматологическое отделение ГКБ №13, где был выставлен диагноз: Ревматическая полимиалгия, активность высокая, острое течение, осложнение ФК II. Проведено лечение: глюкокортикостероиды (преднизолон), нестероидные противовоспалительные средства, микроэлементы. После пройденного курса лечения больной выписан с положительной динамикой. Однако, через три месяца пациент обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на высыпания в виде папул и пятен на коже в подмышечной области, зуд. Был выставлен диагноз дерматит контактно- аллергический. Проведено амбулаторное лечение

без эффекта. В течение последующего месяца аналогичные высыпания появились на коже волосистой части головы и бедер. Дерматологом поликлиники по месту жительства дано направление на стационарное лечение в ГАУЗ РКВД с диагнозом эритема многоформная экссудативная, синдром Стивенса-Джонсона. Пациент прошел лечение, выписан с положительной динамикой. Рекомендовано прием таблеток полькортолон по 6 таблеток в сутки с последующим снижением дневной дозы каждые пять дней под наблюдением участкового дерматолога. После снижения дозировки до 3 таблеток в сутки появились свежие высыпания на коже паховых складок и грудной клетки, конечностях. В связи с обострением кожного процесса в декабре пациент был направлен в ГАУЗ РКВД для уточнения диагноза и лечения.

В процессе обследования установлено, что аллергический анамнез не отягощен, среди родственников больных с дерматологическими заболеваниями не было. При поступлении в ГАУЗ РКВД состояние средней тяжести. При осмотре патологический процесс носит распространенный характер. На гиперемизированной коже паховых складок, грудной клетки, волосистой части головы, бедер расположены плоские округлые группы слившихся пузырей с серозным содержимым размером 10 мм; Покрышка пузырей вялая, легко вскрывается, обнажаются розово-красные эрозии. В подмышечных складках на месте лопнувшего пузыря образовались эрозии, которые сливаются и трансформируются в эритематозные бляшки с четкими границами. Размеры бляшек составляют 5-10 см, по периферии ободок гиперемии и отслоившийся эпидермис.

На открытых участках мокнущая поверхность покрывается желтоватыми серозно-гнойными корками. Проведено лабораторное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, исследование содержимого пузырей на анатолитические клетки, иммунограмма, патогистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения, учитывая анамнез и сопутствующий диагноз, проведены консультации ревматолога и хирурга. Получены следующие результаты: Клинический анализ крови: 7.12.15 – тромбоциты 400 на $10^9/л$; эритроциты 5.2 на $10^{12}/л$; гемоглобин 100 г/л, ЦП 1.0, Лейкоциты 12.3 на $10^9/л$, сегментоядерные 76, лимфоциты 17, моноциты 7, СОЭ 2мм/ч.

12.12.15 – тромбоциты 316 на $10^9/л$; Эритроциты 4,6 на $10^{12}/л$; Гемоглобин 142 г/л, ЦП 0,9, Лейкоциты 21.6 на $10^9/л$, сегментоядерные 77, лимфоциты 15, моноциты 8, СОЭ 4мм/ч.()

22.12.15 – тромбоциты 460 на $10^9/л$; Эритроциты 4,3 на $10^{12}/л$; Гемоглобин 127 г/л, ЦП 0,9, Лейкоциты 7.5 на $10^9/л$, сегментоядерные 77, лимфоциты 16, моноциты 7, СОЭ 15мм/ч.

24.12.15 – тромбоциты 370 на 10^9 /л; Эритроциты 4,0 на 10^{12} /л; Гемоглобин 123 г/л, ЦП 0,9, Лейкоциты 10,9 на 10^9 /л, сегментоядерные 78, лимфоциты 12, моноциты 10, СОЭ 4 мм/ч.

Общий анализ мочи: 07.12.15 – Удельный вес 1003, Цвет светло- соломенный, прозрачная,

Эпителий 1-0-1, Лейкоциты 1-2-3

Биохимический анализ крови: 7.12.15 – АЛТ 13.6, аст 11.8, билирубин общий 6.7 ммоль/л, креатинин 87.3 ммоль/л, СРБ 152.87 мг/л, холестерин 6.31 ммоль/л, глюкоза крови 5,93 ммоль/л, общий белок 65.3 г/л, мочевины 5,90 ммоль/л, СРБ 152.87 мг/л, RF – 27.22 IU/ML.

15.12.15 – АЛТ 23.6, аст 15.2, билирубин общий 8.1 ммоль/л, креатинин 103.1 ммоль/л, СРБ 297.66 мг/л, холестерин 4.20 ммоль/л, глюкоза крови 13.77 ммоль/л, общий белок 48.4 г/л, мочевины 7.86 ммоль/л, RF – 27.22 IU/ML.

22.12.15 – АЛТ 27.4, аст 9.1, билирубин общий 5.6 ммоль/л, креатинин 71.0 ммоль/л, СРБ 61.14 мг/л, холестерин 5.13 ммоль/л, глюкоза крови 6.27 ммоль/л, общий белок 52.9 г/л, мочевины 8.60 ммоль/л, RF – 27.22 IU/ML.

Иммунологическое обследование: RF2 21,26 ME/ml, CRPL2 152,87 Mg/l, комплемент С3 1,28 г/л, Комплемент С4 0,361 г/л, Ig а 2,19 g/l, Ig М 1,050 g/l, Ig G 7,69 g/l, П6 39,32 ME/ml, ASO2 24,36 ME/ml

Консультация ревматолога от 16.12.15.: После полученных лабораторных данных и данных осмотра и анамнеза, установили диагноз Ревматическая полимиалгия.

Бактериологическое исследование на грибы: С подмышечной, паховой области в посевах дрожжевые грибы рода Candida (crusel).

Гистологическое исследование биоптата: акантолиз в эпидермисе над базальным слоем; в просвете пузыря – полигональные дискератотические клетки.

На основании анамнеза, клинической картины, результатов патогистологического исследования, биохимического анализа крови выставлен диагноз: доброкачественная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли распространенная, осложненная кандидозом кожи, осложняющийся диагнозом ревматическая полимиалгия.

Проведено лечение: учитывая распространенность и остроту кожного процесса, назначены парантерально глюкокортикостероиды (раствор преднизалона), солевые растворы, препараты калия, антибиотики, антимикотики, симптоматическая наружная терапия.

В процессе лечения наблюдалась положительная динамика. На коже туловища, волосистой части головы, конечностей высыпания разрушились до вторичных пятен.

Сохранились эрозии в стадии эпителизации на коже голеней и подмышечных областях. В лабораторных данных отмечено снижение СРБ (12,7 MG/L), ревматоидного фактора (8.36). Пациент выписан под наблюдение участкового дерматолога и ревматолога с клиническим улучшением.

Заключение. Таким образом, описанный нами случай подтверждает возможность развития доброкачественной пузырчатки Гуджера-Хейли-Хейли при отсутствии наследственного фактора, на фоне ревматоидного заболевания иммунологической природы (ревматическая полимиалгия).

Литература

1. Козловская В.В., А. Бёер-Ауер Дерматозы сопровождающиеся отслойкой эпидермиса //Дерматология приложение Consillium medicum, 2014, №4, С. 24-27.
2. Махнева Н.В., Давиденко Е.Б., Черныш Е.С. , Белецкая Л.В. Доброкачественная семейная хроническая пузырчатка Гужера-Хейли-Хейли в аспекте иммунопатологии // Российский журнал кожных и венерологических болезней, 2014, №2, С.32-35.
3. Мисенко Д.Н., Прохоренко В.И., Карачева Ю.В., Еремеева З.В., Жук В.П. Случай семейной доброкачественной хронической пузырчатки Гужера—Хейли—Хейли // Клиническая дерматология и венерология, 2014, №5, С.37-39.

УДК 616.5-002.828

А. Р. Харисова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МИКРОСПОРИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии

ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Грибковые заболевания являются одними из наиболее распространенных в мире. Проведен ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по микроспории в различных нозоареалах Республики Башкортостан за 2012-2015 гг. Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятной эпидемиологической ситуации по микроспории в Центральном нозоареале. Отмечен неуклонный рост заболеваемости детского населения. Разработаны предложения по улучшению работы по профилактике распространения микроспории.

Ключевые слова: эпидемиология, микроспория, нозоареал

A.R.Kharisova

EPIDEMIOLOGY MIKROSPORIA IN REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Department of Dermatology and Venereology with courses of Dermatovenereology and

Cosmetology IAPE

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstrac. Mycotic diseases are ranked among the world's most widespread pathologies. We have undertaken retrospective analysis of epidemiological situation with respect to occurrence of microsporia in different nosological areas of the Republic of Bashkortostan in the 2012-2015. The results give evidence of unfavourable epidemiological situation due to the high incidence and prevalence of microsporia in the Central nosological area. Steady growth of incidence of the children's population. Recommendations designed to improve prevention of microsporia dissemination are proposed.

Key words: epidemiology, microsporia, nosological area

Актуальность: Согласно современным представлениям, среди всех дерматомикозов микроспория по интенсивности проявления эпидемического процесса занимает второе место после микозов стоп [1].

В настоящее время методами молекулярной биологии описано 12 представителей рода *Microsporum*: *M. ferrugineum*, *M. audouinii*, *M. nanum*, *M. racemosum*, *M. gallinae*, *M. fulvum*, *M.*

cookei, *M. gypseum*, *M. amazonicum*, *M. canis*, *M. persicolor*, *M. praecox*. Для клиницистов наибольшее значение имеют следующие 4 вида грибов: *M. canis*, *M. audouinii*, *M. gypseum* и *M. ferrugineum*. Факторами патогенности грибов рода *Microsporum* являются кератиолитические ферменты [3, 9].

Основной возбудитель микроспории (*Microsporum canis*), выявляющийся при культуральной диагностике чаще других, устойчив к факторам внешней среды (в волосах сохраняет свою жизнеспособность до 10 лет, в чешуйках – до 7 лет). Основным резервуаром гриба и источниками заражения являются кошки, собаки [8]. Заражение происходит от больных микроспорией животных, а в семье, коллективе путем прямого или опосредованного контакта [5].

Диагноз микроспории устанавливается на основании клинической картины и данных бактериоскопического и бактериологического исследования патологического материала [4, 7]. В диагностике микроспории при поражении волос используется люминесцентная лампа Вуда, в лучах которой пораженный волос дает изумрудное свечение [6].

Заболеваемость микроспорией в течение года имеет сезонные колебания. Рост начинается в конце июля, начале августа, причем наибольшее число больных микроспорией гладкой кожи регистрируется в августе и октябре, микроспория волосистой части головы – в августе и ноябре. Рост заболеваемости в августе объясняется выявлением больных микроспорией детей, ранее инфицированных от животных, во время августовских профилактических осмотров перед школой и перед посещением дошкольных учреждений. Второй подъем заболеваемости (октябрь – ноябрь) можно объяснить распространением инфекции в семьях, в коллективах при тесном контакте, в том числе и с животными [8].

Цель: Изучить особенности заболеваемости микроспорией в республике Башкортостан за 2012-2015 гг.

Материалы и методы: Проведен анализ статистических данных динамики заболеваемости микроспорией на территории Республики Башкортостана (РБ) за 2005 – 2015 годы [2].

Результаты и обсуждение: По нашим наблюдениям микроспория характеризуется волнообразным течением с периодами спада и подъема показателей заболеваемости. Наибольший показатель по республике зарегистрирован в 2012 году (39,3 на 100 тыс. населения) (Рисунок 1). В последние годы отмечен рост заболеваемости микроспорией.

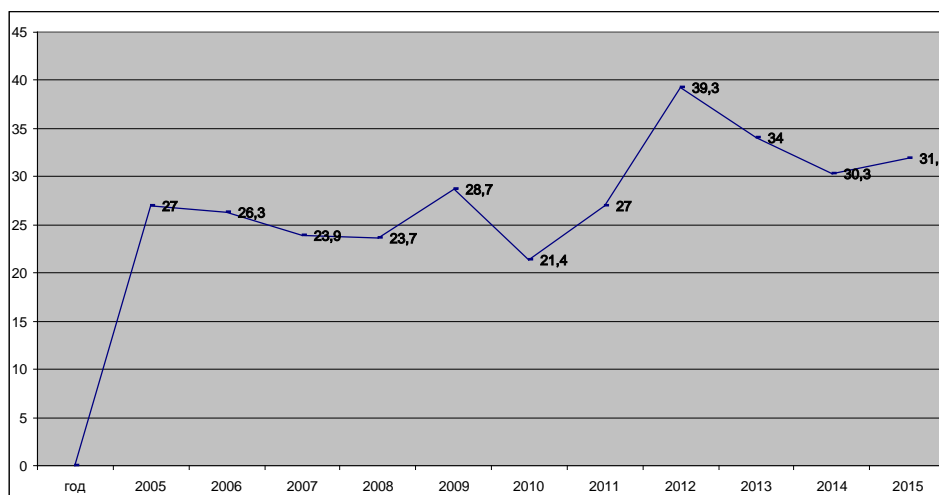


Рисунок. 1. Заболеваемость микроспорией по Республике Башкортостан с 2005-2015 годы на 100 тыс. населения

За исследуемые годы зарегистрировано 5509 случаев микроспории. Среди всех случаев лица женского и мужского населения составляют соответственно 54,8 % и 45,2 %, лица городского и сельского населения – соответственно 69,2% и 30,8% .

Анализ возрастного состава заболевших за период с 2012-2015 гг. показал, что преимущественную часть больных (84,0%) в РБ составили дети в возрасте от 0 до 14 лет. Второе место по числу больных заняла возрастная группа 18-29 лет (6,5%), затем пациенты 15-17 лет (3,8%). Лица 30-39 составляют 3,6% больных, а наименьшее число больных было в возрасте от 40 лет и старше (2,1%)

Для выявления медико-географических особенностей заболеваемости микроспорией, нами было проведено районирование территории РБ с учетом климатических, социально-экономических факторов, плотности населения, наличия и развитости коммуникационных связей, что позволило выделить 4 нозоареала: Центральный, Юго-западный, Северный и Юго-восточный. Динамика заболеваемости анализировались отдельно в каждом нозоареале за изучаемый период. Заболеваемость микроспорией в РБ за исследуемый период по нозоареалам распределилась следующим образом: в Центральном нозоареале сосредоточилось – 74,1% всех случаев, в Юго-западном –10,0%, в Северном –9,3%, в Юго-восточном– 6,7% (Рисунок 2).

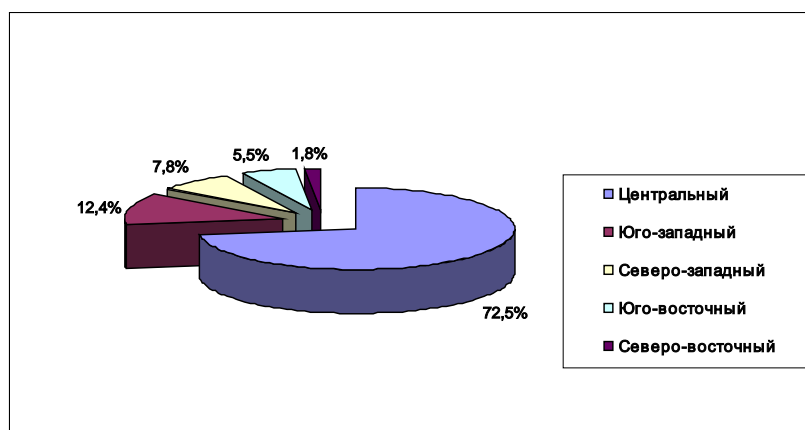


Рисунок 2. Распределение числа заболевших микроспорией в Республике Башкортостан в 2005-2015 гг. по нозоареалам (в%).

Центральный нозоареал является наиболее экономически развитым и густонаселенным районом РБ, включающим в себя 17 районов и 7 городов. В центральном нозоареале находится столица республики – город Уфа, а также второй и третий по численности населения и производству промышленной продукции города – Стерлитамак и Салават. В данной зоне широко развита связь посредством железных дорог и автомобильных трасс.

Юго-западный нозоареал включает в себя 12 районов и 4 города и по расположению является наиболее близкой и большеприлегающей к центральному нозоареалу. Данная зона густонаселенна и имеет хорошо развитую сеть шоссейно-автомобильных дорог. Район в большей части является промышленным, сельское хозяйство менее развито.

Северный нозоареал включает 17 районов и 5 городов. Здесь находится город Нефтекамск – четвертый город по численности населения и производству промышленной продукции. Данный район граничит с Республикой Татарстан. В районе развиты автомобильные трассы.

Юго-восточный район включает в себя 13 районов и 4 города. Сеть автомобильных дорог развита слабо. Миграционные процессы практически не выражены.

Анализ общей заболеваемости по нозоареалам за исследуемый период выявил, что Центральный район лидирует по показателям, среди остальных (Таб.1).

Таблица 1.

Динамика заболеваемости микроспорией в Республике Башкортостан 2012-2015 гг. (на 100 000 соответствующего населения)

Год	Центральный	Юго-западный	Северный	Юго-восточный
2012	50,5	16,8	17,5	15,1

В	2013	41,9	16,9	16,1	16,6
	2014	34,1	19,4	16,1	20,1
	2015	39,1	17,3	16,7	12,3

результате анализа из числа госпитализированных больных в микологическое отделение РКВД №1 установлено, что микроспория занимает ведущее положение (Рисунок 3). Пациенты микроспорией гладкой кожи составили 26,4%, волосистой части головы - 73,6%.

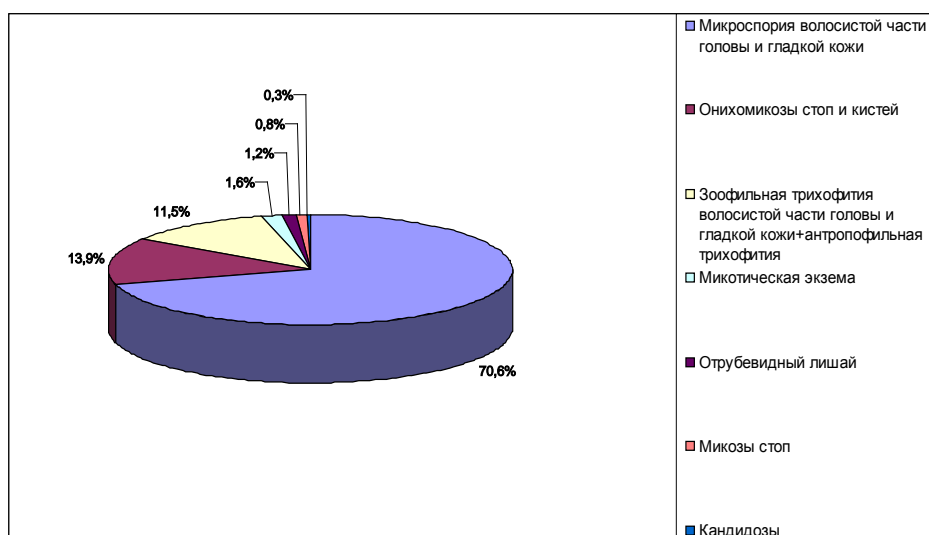


Рисунок 3. Распределение больных отделения № 1 РКВД по нозологическим формам за 2012-2015 гг.

Вывод: На основании изложенного следует, что в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости микроспорией в РБ. Болеют преимущественно дети младшего и среднего школьного возраста.

Анализ заболеваемости микроспорией по нозоареалам выявил зависимость заболеваемости этой инфекцией от социально-экономического развития района, степени его урбанизации и плотности населения. Наибольшее число больных проживали в Центральном нозоареале, обладающим развитой экономикой и транспортным сообщением, значительными миграционными процессами. Низкие показатели заболеваемости в Юго-восточном нозоареале можно объяснить менее развитой инфраструктурой, транспортной сетью, более низкой плотностью населения.

Таким образом, в связи с тенденцией к росту заболеваемости зооантропонозной микроспорией за последние четыре года, она в настоящее время остается актуальной медико-социальной проблемой в РБ.

Нами разработаны предложения по улучшению работы по профилактике распространения микроспории:

- проведение мероприятий с целью уменьшения количества безнадзорных животных;
- улучшение активного выявления больных в детских, общеобразовательных, учреждениях на всех этапах оказания медицинской помощи;
- качественное проведение заключительной дезинфекции в очагах микроспории;
- обеспечение достоверности учета заболеваемости микроспорией в ЛПУ;
- более широкое освещение вопросов первичной профилактики грибковыми заболеваниями среди населения, особенно среди школьников и других организованных и неорганизованных детей и подростков;
- целесообразно расширение перечня лиц, подлежащих целевым медицинским осмотрам, что может быть осуществлено за счет иностранцев и лиц, приравненных к ним, а также мигрантов и других контингентов населения.

Литература

1. Избранные лекции по дерматовенерологии в 6 т. /Под ред. Э.А. Баткаева. – Том 3. Клиническая микология. – М.: ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, 2007 – 388 с.
2. Информационно – методическое письмо для медицинских работников МЗ РБ ГАУЗ РКВД №1 ГБУЗ Башкирский центр медицинской профилактики МЗ РБ «Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, и некоторыми заразными кожными заболеваниями у детей в Республике Башкортостан за период 2012-2015 года», Уфа, 2015- 34 с.
3. Кушваг Р.К.С., Гуарро Х. Биология дерматофитов и других кератинофильных грибов. Проблемы медицинской микологии, 2000г., т.4, №4, с. 50-58.
4. Корсунская И. М., Микроспория: Учебное пособие. – М.: РМАПО, 2001. – С. 250.
5. Методические указания № 2000/180 Терапия и профилактика зоонозной микроспории. – Екатеринбург, 2001. – 18 с.
6. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. – СПб: издательский дом СПбМАПО, 2006. – 186 с.
7. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Дерматофитии: новое в диагностике терапии и профилактике наиболее распространенных микозов человека. Дерматол. №1, прип. К consillum medicum. – 2008. - №1 - 440 с.
8. Фахретдинова Х.С. Клинико – эпидемиологические особенности современной микроспории . Автореферат дис.д.м.н., Москва 1999 – 36 с.
9. Atlas of clinical fungi, 2nd edition. G.S. de Hoog, J. Guarro, J. Gene, M.J. Figueras. Universitet Rovire i Virgili, Reus. Spain, 2000.

ПЕДИАТРИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ

УДК 612.172.4

Э.Ф. Нурмухаметова, М.М. Аннамередова

ЭКГ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Кафедра пропедевтики детских болезней, Башкирский государственный
медицинский университет Уфа, Россия**

Резюме. Актуальность проблемы нарушения ритма и проводимости сердца обусловлена высокой распространенностью аритмий и сложностями их диагностики в детском возрасте. С целью выявления нарушений ритма и проводимости сердца нами были изучены данные ЭКГ-покоя в 12 отведениях у детей в зависимости от ряда анамнестических данных.

Проведенный нами сравнительный анализ не выявил достоверных различий по частоте встречаемости характерных видов ритма и проводимости: синусового ритма ($\chi^2=0,0591$; $p=0,8092$), синусовой аритмии ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), предсердного ритма ($\chi^2=0,5755$; $p=0,4487$), миграции водителя ритма ($\chi^2=0,0234$; $p=0,8805$), неполной блокады правой ножки пучка Гиса ($\chi^2=0,3445$; $p=0,5576$) и неполной блокады левой ножки пучка Гиса ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), синдрома ранней реполяризации желудочков ($\chi^2=0,0143$; $p=0,9073$) среди детей дошкольного и школьного возраста.

Ключевые слова: дошкольно-школьный возраст, нарушения ритма и проводимости сердца у детей, ЭКГ-покоя у детей, ЭКГ-феномены у детей.

E.F. Nurmukhametova, M.M. Annameredova

ECG STUDY OF PRESCHOOL AND SCHOOL AGE

Department of propaedeutics of children's diseases

Bashkir state medical university (Ufa, Russia)

Summary. The relevance of disturbances of rhythm and conduction of the heart due to the high prevalence of arrhythmias and the difficulty of diagnosis in childhood. For the purpose of detecting violations of rhythm and conduction of the heart we studied the data of ECG resting 12-lead in children depending on the number of anamnestic data. We conducted a comparative analysis did not reveal significant differences in the frequency of occurrence of characteristic types of rhythm and conduction: sinus rhythm ($\chi^2=0,0591$; $p=0,8092$), sinus arrhythmia ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), atrial rhythm ($\chi^2=0,5755$; $p=0,4487$), the migration of pacemaker ($\chi^2=0,0234$; $p=0,8805$), incomplete right bundle branch block ($\chi^2=0,3445$; $p=0,5576$) and incomplete left bundle branch block ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$) among children of preschool and school age. The

frequency of diagnosis of syndrome of early repolarization of the ventricles ($\chi^2=0,0143$; $p=0,9073$) also did not differ significantly among comparable groups of patients.

Keywords: preschool and school age, violations of rhythm and conductivity of heart at children, EKG-resting in children, ECG-phenomena in children.

Актуальность проблемы нарушения ритма и проводимости сердца обусловлена высокой распространенностью аритмий в детском возрасте, которая по данным скрининговых исследований, у детей школьного возраста достигает 20-30% [1].

Цель исследования: оценить данные ЭКГ-диагностики (ЭКГ-покоя в 12 отведениях) у детей дошкольного и школьного возраста в зависимости от ряда анамнестических данных.

Методы исследования: ЭКГ-диагностика (ЭКГ-покоя в 12 отведениях) у детей и интерпретация результатов проводилась по стандартной методике врачами функциональной диагностики. Данные анамнеза переписаны из истории болезни пациентов.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 8.0» (Statsoft), программного обеспечения MS Excell. Достоверность различий в частотах встречаемости изучаемых признаков между выделенными группами пациентов определяли по критерию коррекцией Иэйтса использовании таблицы сопряженности 2x2 (RxC (Rows x Columns)) (Statsoft) [4]. Принятие или отвержение всех статистических гипотез осуществлялось на уровне ≤ 0.05 , принятом в биомедицинских исследованиях.

Результаты исследования и обсуждение: За период с января по февраль 2016 года нами были обследованы дети 3-15 летнего возраста (n=172), проходившие лечение в дневном стационаре детской поликлиники МБУЗ РБ ГДКБ №17 г. Уфа. Среди обследованных детей мальчики (n=86) и девочки (n=86) распределились поровну по 50%. Клиническое обследование было проведено врачами дневного стационара, которое включало в себя сбор жалоб и анамнеза, физикальные, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

По клиническому диагнозу больные распределились следующим образом: Расстройство вегетативной нервной системы было выявлено у 93 детей (54,06%), Хронический гастродуоденит – у 45 детей (26,16%), Дискинезия желчного пузыря, обострение – у 23 детей (13,37%), Острый бронхит, период реконвалесценции – у 6 детей (3,48%), Гипертрофия миндалин и аденоидов 1-2 степени – у 5 детей (2,90%).

Всех обследованных детей разделили по возрасту на две группы. Доля детей дошкольного возраста составила 33,1% (n=57), а школьного возраста – 66,9% (n=115).

Согласно данным ЭКГ-диагностики у детей дошкольного возраста (n=57), синусовый ритм (n=38) был зарегистрирован в 66,7% случаев, синусовая аритмия (n=15) в 26,3% случаев, предсердный ритм (n=2) и миграция водителя ритма (n=2) по 3,5% случаев

Следует отметить, что синусовая аритмия является одним из основных критериев нормального ритма сердца у ребенка при стандартном ЭКГ обследовании. Синусовая аритмия характерна для всех групп здоровых детей и обычно не сопровождается клинической симптоматикой [1,2,3].

При ЭКГ обследовании дошкольников были зарегистрированы изменения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса (n=9) в 15,79% случаев, а также ЭКГ-феномен в виде синдрома укорочения интервала PQ (n=1) в 1,75% случаев.

Неполная БПНПГ иногда ассоциируется с открытым овальным окном (ООО) или более значимым дефектом межпредсердной перегородки. У некоторых детей неполная БПНПГ – маркер неонатальной легочной гипертензии. В нашем исследовании по данным Эхо КГ среди детей с неполной БПНПГ (n=9) у 2 человек было выявлено наличие малой аномалии развития сердца (МАРС) – дополнительной хорды левого желудочка (ДХЛЖ) и у 2 человек – МАРС – ДХЛЖ и ООО.

Синдром ранней реполяризации желудочков отмечался у 5 дошкольников (5,26%) случаев.

По данным ЭКГ-диагностики у школьников (n=115) синусовый ритм (n=73) был зарегистрирован в 63,48% случаев, синусовая аритмия (n=29) в 25,22% случаев, предсердный ритм (n=9) в 7,28% случаев, миграция водителя ритма (n=4) в 3,48% случаев.

Следует отметить, что синусовая аритмия чаще всего встречается в подростковом возрасте, что подтверждается в нашем исследовании. Ее выраженность зависит от активности влияния парасимпатического отдела ВНС на ритм сердца. В таких случаях возможна регистрация и других вагозависимых феноменов: брадикардии, атриовентрикулярной блокады I степени, подъема сегмента ST, более выраженных в ночное время (при суточном мониторинге ЭКГ). [1,2,3].

При ЭКГ обследовании школьников были зарегистрированы изменения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса (n=13) в 11,30% случаев и неполной блокады левой ножки пучка Гиса (n=1) в 0,87% случае. Синдром ранней реполяризации желудочков отмечался у 8 школьников, что составило 6,96%.

Как правило, нарушение ритма и проводимости с определенной частотой обнаруживаются у здоровых детей. Чаще это различные ЭКГ-феномены, которые регистрируются в подростковом периоде. В нашем исследовании были выявлены подобные ЭКГ-феномены в виде синдрома укорочения интервала PQ (n=1), S-тип ЭКГ (n=1), дельта

волна во II и III отведениях (n=1), сглаженный и сниженный зубец Р в AVF отведениях (n=1), отрицательный зубец R в I и II отведениях (n=1) по 0,87% случаев именно у детей подросткового возраста.

Перечисленные изменения относятся к ЭКГ-синдромам, которые занимают промежуточное положение между нормой и патологией, или «пограничные синдромы», требующие обязательного дополнительного углубленного обследования ребенка, наблюдения ЭКГ-изменений в динамике [1].

Проведенный нами сравнительный анализ не выявил достоверных различий по частоте выявления синусового ритма ($\chi^2=0,0591$; $p=0,8092$), синусовой аритмии ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), предсердного ритма ($\chi^2=0,5755$; $p=0,4487$), миграции водителя ритма ($\chi^2=0,0234$; $p=0,8805$) среди детей дошкольного и школьного возраста.

Среди обследованных детей не были зарегистрированы статистически значимые различия по частоте встречаемости изменения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса ($\chi^2=0,3445$; $p=0,5576$), неполной блокады левой ножки пучка Гиса ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), ранней реполяризации желудочков ($\chi^2=0,0143$; $p=0,9073$)

ЭКГ-феномены в виде синдрома укорочения интервала PQ ($\chi^2=0,1295$; $p=0,7196$), S-тип ЭКГ ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), дельта волны во II и III отведениях ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), сглаженного и сниженного зубца Р в AVF отведениях ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$), отрицательного зубца R в I и II отведениях ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$) встречались лишь в группе детей школьного возраста.

На сегодняшний день принято считать, что в детском возрасте одним из ведущих механизмов развития аритмий является нарушение нейрогенной регуляции сердечного ритма, приводящее к выраженной электрической нестабильности миокарда. Установлена связь между функциональным состоянием центральной (ЦНС), вегетативной (ВНС) нервной системы и электрофизиологическими механизмами возбуждения миокарда [1].

Поэтому было целесообразно выявить связь ЭКГ изменений с наличием в анамнезе у детей различных неврологических нарушений.

Выводы. Как правило, нарушение ритма и проводимости сердца с определенной частотой обнаруживаются у здоровых детей. Частота встречаемости характерных видов ритма и проводимости: синусового ритма, синусовой аритмии, предсердного ритма, миграции водителя ритма, неполной блокады правой ножки пучка Гиса и неполной блокады левой ножки пучка Гиса статистически значимо не различалась среди детей дошкольного и школьного возраста.

Частота диагностики синдрома ранней реполяризации желудочков также существенно не различалась среди сравниваемых групп пациентов.

ЭКГ-феномены в виде синдрома укорочения интервала PQ, S-тип ЭКГ, дельта волны во II и III отведениях, сглаженного и сниженного зубца Р в AVF отведениях, отрицательного зубца R в I и II отведениях встречались лишь в группе детей школьного возраста.

Литература

1. Адрианова Е.Н., Нарушения ритма и проводимости у детей: тактика врача-педиатра. – М., 2011. – 28 с.
2. Детские болезни / Т. Лиссойер, Г. Клэйден; пер. с англ. Подред. Н.А. Геппе. М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. 592 с.
3. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день – 2012. Справочник по диагностике и лечению. 7-е доп. Изд. М.: Боргес, 2012. 274 с.
4. Roff D. F. The statistical analysis of mitochondrial DNA: χ^2 and problem of small samples / D. F. Roff, P. Bentzen // Mol. Biol. Evol. – 1989. – Vol. 6. – P.539-545.

УДК 57.083.32:616 -056,-053.5 -032.2(470.57- 25)

А. В. Вовк, Э. С. Гумарова, А. А. Закарина, А. К. Шамсутдинова, А. П. Чуданова
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ

**Кафедра детских болезней, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме. Проведено стандартизированное эпидемиологическое исследование распространенности симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита у детей 7 – 17 лет в городе Уфа в соответствии с протоколом Международного исследования астмы и аллергии у детей (International Study of Astma and Allergies in Childhood – ISAAC).

Ключевые слова. Аллергия, дети, распространенность, ISAAC.

A.V. Vovk, E. S. Gumarova, A. A. Zakarina, A. K. Shamsutdinova, A. P. Chudanova

THE PREVALENCE OF ALLERGIC DISEASES SYMPTOMS IN CHILDREN.

The Department of children's diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. There has been conducted a standardized epidemiological study of prevalence of asthma symptoms, allergic rhinitis and atopic dermatitis in children of 7 – 17 years old in the city of Ufa, in accordance with the protocol of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (International Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC).

Keywords. Allergy, children, prevalence, ISAAC.

Актуальность: Рост распространенности аллергических болезней, тенденция к учащению тяжелых клинических форм аллергической патологии выдвигают проблему аллергии на одно из первых мест в современной клинической медицине. Наиболее распространены бронхиальная астма (БА), атопический дерматит (АД), поллинозы, аллергический ринит (АР) [1]. Распространенность АР в России составляет 12,7 – 24% во всей популяции, БА – 5,6 – 7,3%, АД – 5,9% [2]. Формирование лечебных и профилактических программ невозможно без знания региональных особенностей эпидемиологии аллергических заболеваний. Современные эпидемиологические исследования требуют анализа распространенности симптомов патологии с использованием единых стандартов. Этим требованиям полностью отвечает международная программа «ISAAC» (International Study of Asthma and Allergies in Childhood).

Цель исследования: Анализ распространенности симптомов БА, АР и АД у школьников г. Уфа с помощью русифицированной версии стандартизированной программы «Международное исследование астмы и аллергии в России».

Материалы и методы: Анкетный скрининг симптомов БА, АР и АД проводился в 2015 – 2016 гг., в случайно отобранных школах г. Уфа с помощью стандартизированных вопросников, рекомендованных протоколом ISAAC [3]. Вопросники для школьников 1 – 6 классов заполняли их родители, учащиеся 7 – 11 классов на вопросы анкеты отвечали самостоятельно. Проанкетировано 2465 детей (1299 девочек и 1166 мальчиков) из пяти школ г. Уфы. Данные, полученные при анкетировании, перенесены в компьютер и обработаны статистически с помощью редактора электронных таблиц MS Excel (Microsoft Office, 2010).

Результаты и обсуждение: Из 2465 опрошенных 1001 ответили положительно (541 девочка и 460 мальчиков), 1464 – отрицательно по всем позициям (758 девочек и 706 мальчиков). Результаты изучения распространенности симптомов БА, АР и АД у школьников, полученные в ходе анализа анкет, представлены в таблице 1, 2 и 3 соответственно.

По данным анкетирования самый большой процент астмоподобных симптомов (АПС), возникших когда-либо, наблюдается среди учеников 8 классов (13,6%). Среди всех опрошенных детей, частота АПС, возникших когда-либо, составляет 11,6%. Частота рецидивов за последние 12 месяцев – 8,0%. От 1 до 3 приступов затрудненного хрипящего и свистящего дыхания в год возникало у 5,9%, от 4 до 12 – у 1,1%, более 12 – у 0,7%. Нарушение сна из-за затрудненного свистящего дыхания менее 1 ночи в неделю отмечают 2,5%, 1 ночь и более – 0,9%. Речевая одышка наблюдалась у 1,6%, наличие АПС при физической нагрузке – у 5,3%. При этом только у 2,5% был выставлен когда-либо диагноз БА.

Таблица 1

Частота АПС среди школьников 7 – 17 лет (%).

Признаки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	всего		
	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	м	д	все
АПС когда-либо	13,1	12,7	10,5	12,6	11,1	12,9	13,4	13,6	10,9	9,5	1,7	11,0	12,2	11,6
За последние 12 месяцев	9,3	10,3	7,6	7,5	9,1	6,7	7,2	11,0	8,4	3,8	1,7	4,2	11,3	8,0
- 1-3 приступов в год	8,0	8,4	3,6	7,0	6,3	4,1	5,1	7,9	7,1	3,2	0,8	6,1	5,8	5,9

- 4-12 в год	1,6	1,2	1,4	0	1,6	0,5	0,4	0,5	2,9	0	0	0,7	1,4	1,1
- более 12	0,3	0,3	0,7	1,0	0,5	1,5	0,7	3,1	0	0	0	0,4	1,0	0,7
АПС ночью менее 1 раза в неделю	3,8	2,8	3,3	2,0	4,4	2,0	1,4	1,6	1,7	1,3	0,8	2,2	2,7	2,5
1 раз и более	1,3	2,4	1,1	0,5	0	2,0	0,4	0,5	1,3	0	0	0,9	0,9	0,9
Речевая одышка	2,9	2,0	1,1	0	1,2	1,5	1,4	1,6	2,5	1,3	0,8	1,6	1,7	1,6
АПС при физической нагрузке	4,8	3,6	3,6	3,5	3,2	4,6	9,4	9,4	6,3	5,1	4,2	3,8	6,6	5,3
Когда-либо диагноз БА	3,5	1,6	1,1	3,5	3,2	2,0	2,2	4,2	2,9	1,9	0,8	2,8	2,2	2,5

Примечание: кл. – класс, м – мальчики, д – девочки.

Самый большой процент риноконъюнктивальных симптомов (РКС) наблюдается у учеников 7 классов (37,5%). Среди всех детей у 26,9% когда-либо наблюдались РКС, за последние 12 месяцев – у 21,6%, сочетание назальных и конъюнктивальных симптомов – у 10,4%, в весенне-летний период РКС чаще возникали в мае (7,6%), а в осенне-зимний – в октябре (8,6%). При этом 9,4% отметили, что заболевание носа мешало немного, 5,5% – умеренно, 2,1% – сильно мешало ежедневной активности. А диагноз АР установлен только у 7,2%.

Таблица 2

Частота РКС среди школьников 7 – 17 лет (%).

Признак	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	всего		
	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	м	д	все
РКС когда-либо	25,6	21,5	17,5	23,6	19,0	28,6	37,5	28,8	37,4	31,6	27,1	25,3	28,4	26,9
За последние 12 месяцев	23,4	21,5	9,5	20,6	15,1	23,6	28,9	25,6	27,7	8,9	22,0	20,8	22,4	21,6
Зуд глаз и слезотечение за последние 12 месяцев	11,2	11,2	6,9	10,5	9,1	7,0	11,9	9,4	13,8	14,5	10,2	9,3	11,5	10,4
Январь	5,4	1,6	4,7	2,0	3,2	5,0	7,2	3,1	6,7	5,1	1,7	3,9	4,8	4,4

Февраль	5,4	0,0	5,4	2,0	2,8	4,5	5,4	1,6	3,8	5,1	0,8	3,3	5,5	4,4
Март	5,8	3,2	6,9	5,0	4,0	4,5	3,2	4,2	3,8	5,7	1,7	4,2	4,8	4,5
Апрель	7,4	4,8	7,6	5,0	5,5	8,0	5,8	6,8	4,6	9,5	1,7	5,2	7,1	6,2
Май	6,7	8,3	9,1	7,0	8,3	6,5	7,6	8,9	6,3	8,9	4,2	6,9	8,2	7,6
Июнь	6,1	3,6	6,2	4,0	5,9	5,0	4,3	3,6	5,0	16,4	1,7	4,2	6,8	5,5
Июль	7,4	2,4	4,3	3,5	3,6	8,5	5,0	3,6	5,5	3,8	2,5	4,0	5,4	4,7
Август	9,0	3,2	5,1	4,0	5,1	4,0	5,4	4,7	3,8	3,8	1,7	4,9	4,9	4,9
Сентябрь	9,0	8,3	8,0	7,0	7,1	9,5	8,3	8,9	6,3	7,0	5,9	6,8	8,9	7,9
Октябрь	9,9	5,2	8,0	6,5	6,3	8,5	9,0	12,0	12,2	8,2	8,5	7,3	9,8	8,6
Ноябрь	5,8	2,0	6,9	3,0	3,2	8,0	6,8	6,3	7,5	8,9	4,2	4,7	6,5	5,7
Декабрь	2,5	0,0	3,6	1,5	1,6	4,5	5,8	6,3	5,9	3,8	0,0	2,5	4,1	3,3
РКС мешали незначительно;	8,3	10,8	8,7	2,0	6,3	14,0	9,0	9,4	12,2	14,5	10,2	9,6	9,2	9,4
- умеренно;	4,8	6,7	6,5	0,5	5,5	5,5	6,8	4,7	7,5	5,7	4,2	5,4	5,6	5,5
- сильно;	0,3	1,2	0,7	0	0,8	4,0	5,7	2,0	5,8	1,2	0	0,8	3,2	2,1
Когда-либо диагноз поллиноз, АР	4,8	6,3	7,6	10,5	9,1	5,0	6,4	7,3	10,9	6,3	3,3	5,9	8,4	7,2

Наибольшая распространенность симптомов АД, возникших когда-либо, наблюдается у школьников 4 класса (17,0%). Когда-либо возникала зудящая сыпь, длящаяся минимум 6 месяцев, у 10,3% среди всех детей. За последние 12 месяцев эта сыпь наблюдалась у 5,7% детей, локализованная именно на локтевых сгибах, под коленями – у 5,3%. При этом 1,7% отмечают, что просыпались менее 1 ночи в неделю, а 0,9% - 1 и более раз в неделю. И только у 6,6% когда-либо был выставлен диагноз АД, экзема, нейродермит.

Таблица 3

Распространенность симптомов АД у школьников 7 – 17 лет (%).

Признак	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	всего		
	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	кл.	м	д	все
Когда-либо зудящая сыпь в течение минимум 6	14,7	13,1	8,7	17,0	9,5	8,7	9,7	4,1	7,1	9,4	9,3	9,9	10,7	10,3

месяцев														
За последние 12 месяцев	0	10,7	5,8	10,0	7,1	6,7	5,4	3,6	4,6	5,0	5,9	6,7	4,8	5,7
На локтевых сгибах, под коленями, на щиколотках	7,3	8,7	5,8	5,5	4,7	5,6	4,3	3,1	3,3	3,1	4,2	6,1	4,5	5,3
Просыпались менее 1 ночи в неделю	2,8	3,5	2,5	1,5	0,7	2,5	0	0	2,1	0	0,8	1,6	1,7	1,7
- 1 и более раз в неделю	0	0,8	0,7	1,0	1,1	4,1	0	0,5	1,7	0	0	1,0	0,8	0,9
Когда-либо диагноз АД	11,5	9,9	5,0	11,5	7,1	6,7	4,6	2,1	3,3	3,8	3,4	6,5	6,8	6,6

Заключение и выводы: Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о высоком уровне распространенности симптомов БА, АР и АД у школьников г. Уфы, сопоставимом с показателями других регионов России, приводимыми в литературе. Наиболее распространены РКС по сравнению с АПС и симптомами АД. Среди девочек распространенность АПС и РКС оказалась несколько выше. В младших классах частота РКС ниже, чем в старших, а симптомы АД наоборот в младших классах встречаются чаще. Во всех возрастных группах превалировало легкое течение. Число детей с симптомами БА, АР и АД значительно превышает число детей с установленным диагнозом, однако вопрос о гиподиагностике и поздней диагностике все еще остаётся открытым. Полученные данные носят предварительный характер, поскольку основаны на субъективной оценке симптомов. Клинико-аллергологическое обследование детей, планируемое на втором этапе исследования, позволит объективизировать результаты скрининга

Литература

1. Баранова А.А., Балаболкина И.И. Детская аллергология. Руководство для врачей. Москва, 2006. 5 с.
2. Колхир П. В. Доказательная аллергология-иммунология. М., 2010. 101 с.
3. Стандартизированные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей. Адаптация программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей («ISAAC»)» в России: Пособие для врачей. / Под редакцией А.Г. Чучалина. М., 1998. – 30 с.

УДК 61

Ю.А. Степанова, И.К. Андреева, Л.А. Булатова, А.Ф. Ахметова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Крапивница стала важной медико-социальной проблемой, так как в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению ее заболеваемости. Были проанализированы 173 истории болезней детей, страдающих крапивницей и находившихся на стационарном лечении в БСМП г. Уфы в 2013-2015 годах. Произведен анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных. Выявлены особенности течения крапивницы у детей.

Ключевые слова. Крапивница, дети, Уфа, отек Квинке.

Y.A. Stepanova, I.K. Andreyeva, L.A. Bulatova, A.F. Akhmetova

ACUTE URTICARIA OF CHILDREN

Faculty Pediatrics with courses of pediatrics, neonatology and simulation center IAPE

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Urticaria has become an important medical and social problem, since there is now a trend towards an increase in its incidence. 173 stories of disease in children were analyzed, suffering from urticaria and were hospitalized in the Emergency Hospital of Ufa in 2013-2015. We analyzed medical history, clinical, laboratory and instrumental data. It was revealed peculiarities of children's urticaria.

Keywords. Urticaria, children, Ufa, angioedema.

Актуальность: Распространенность крапивницы и ангиоотека среди детей неуклонно растет. Приблизительно 15 - 20% детей хотя бы один раз переносят крапивницу. [1] Это связано с разнообразием этиологических факторов, среди которых выделяют: пищевые и физические аллергены, лекарственные препараты, аэроаллергены, вирусная инфекция, укусы насекомых и другие. А также к росту заболеваемости крапивницей приводят плохое качество продуктов, обусловленное широким применением красителей и консервантов, загрязненность окружающей среды. [2,3,4,5]

Цель исследования: выявить особенности течения крапивницы у детей.

Материалы и методы исследования: отобраны и проанализированы 173 истории болезней детей, которые получали лечение в педиатрическом отделении БСМП г. Уфы в 2013-2015 годах по поводу крапивницы. Все расчеты произведены в программе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: При исследовании аллергии у детей выяснилось, что в 10% (18 человек) случаев острая крапивница сочеталась с отеком Квинке, в 85% (147 человек) случаев острая крапивница встречалась изолированно, в 5% (8 человек) случаев у детей развился ангионевротический отек без признаков острой крапивницы.

Проанализировав возрастной состав детей с крапивницей по периодам детства, были выявлены следующие результаты: дети грудного возраста составляют 12,7% (22 человека), раннего детского – 31,2% (54 человека), дошкольного – 28,3% (49 человек), младшего школьного – 17,9% (31 человек), старшего школьного – 9,8% (17 человек). Пик заболеваемости приходится на ранний детский период, то есть на детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Второе место занимает дошкольный период, а на третьем месте – возрастная группа от 7 до 11 лет.

Сравнивая соотношение больных мальчиков и девочек, оказалось, что мальчики (53%) болеют чаще, чем девочки. В процентном соотношении: мальчики – 53% (92 человека), девочки – 47% (81 человек).

В ходе исследования было выяснено, что наибольшее значение среди этиологических факторов в развитии крапивницы у детей играет пищевая аллергия – 95 человек (55%). В 29% случаев аллергия регистрировалась после приема лекарственных препаратов (50 человек), в 3% после укуса насекомых (5 человек). У 23 детей (13%) причина крапивницы и ангиоотека была не установлена.

Среди пищевых аллергенов на первом месте стоит сладкое (конфеты, печенье, торт) - 47% (45 человек), citrusовые - 11% (10 человек), ягоды (малина, клубника, черемуха, смородина) - 9% (9 человек), детские смеси-4% (4 человека). Также наблюдались случаи развития острой крапивницы при употреблении в пищу «Coca-cola», «Фанта», йогуртов, роллов, коровьего молока, что составило 27 человек (28%).

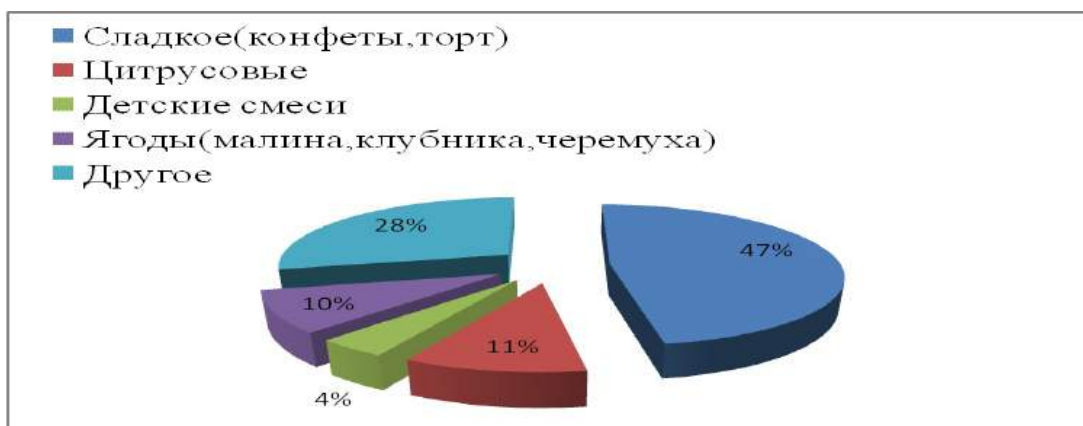


Рис. 1. Структура пищевых аллергенов

Прием препаратов «Тонзилгон»(22%) и «Нурофен»(20%) стал наиболее распространенной причиной лекарственной крапивницы у 21 ребенка. Также на развитие аллергии у детей повлияли следующие препараты: «Пантогам» (6%), «Флемоксин» (6%), «Цефазолин» (6%), «Амоксиклав» (4%).



Рис. 2. Структура лекарственных аллергенов

Интерпретация данных лабораторных методов исследования в острый период крапивницы позволила установить ряд особенностей: в общем анализе крови наиболее характерный признак атопических процессов эозинофилия, которая была отмечена лишь в 15% случаях (25 человек). Лейкоцитоз наблюдался у 50 детей (30%).

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 6,5 дней.

Из пролеченных детей в 2013-2015 годах через отделение анестезиологии и реанимации прошли 8% (14 человек). Данная группа детей имела крапивницу в сочетании с отеком Квинке либо крапивницу тяжелой степени тяжести.

26% исследуемых больных детей имели сопутствующие заболевания (45 человек). 73% из всех сопутствующих заболеваний составляет острая респираторно-вирусная инфекция (33 человека). Кроме того, чаще всего инфекция сочеталась с дефицитной анемией. Возникновение крапивницы на фоне ОРВИ связано с началом приема различных

препаратов (рис. 2). Дискинезия желчевыводящих путей сопутствовала крапивнице в 13% случаях (6 человек).

Заключение и выводы: Заболевание чаще встречается у мальчиков раннего детского возраста. Продукты питания и лекарственные препараты являются самыми распространенными причинами развития острой крапивницы у детей. Увеличение основного маркера аллергической реакции (эозинофилов) в крови наблюдалось лишь в 15% случаев, а сопутствующая патология сопровождала крапивницу в 26%.

Литература

1. Блохин, Б.М. Острые алергодерматозы [Текст] / Б.М.Блохин, К.Г. Каграманова // Национальное руководство по педиатрии. Т.1. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – с.898-899.
2. Детские болезни: учебник [Текст] / Под ред. А.А. Баранова. – 2-е изд. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 1008 с.
3. Емельянов, А.В. Современные представления о механизмах развития и лечения крапивницы (по материалам международного симпозиума) [Текст] / А.В.Емельянов, Л.А. Горячкина // Аллергология: научно-практический журнал – 2006. – №1. – 45-48 с.
4. Страхова, М.С. «Аллергические отеки и крапивница у детей» [Текст] / М.С.Стахова, В. П. Ветров, А. А. Чебуркин // Российский медицинский журнал. –2001. –№1. – с.31-34.
5. Шабалов, Н.П. Детские болезни: учебник для вузов. [Текст] / Н.П. Шабалов Н.П. – 7-е изд. – Спб.: Питер, 2009. – с.522-528.

УДК 616-006.484

Р. А. Гирфанова

**АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ГЛИОМАМИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ**

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (г. Уфа, Россия)

Резюме: в данной статье ставится задача оценить анализ выживаемости детей с глиомами низкой степени злокачественности в зависимости от объема резекции на примере пациентов, находившихся на стационарном лечении в РДКБ г.Уфы.

Ключевые слова: глиомы низкой степени злокачественности, общая выживаемость, метод Каплан-Майера.

R. A. Girfanova

SURVIVAL ANALYSIS CHILDREN WITH LOW-GRADE GLIOMAS

Pediatric surgery with the course IAPE

Bashkir state medical university (Ufa, Russia)

Abstract: this article evaluates survival analysis of children with low-grade gliomas, depending on the amount of resection were hospitalized in our hospital Ufa.

Keywords: low-grade gliomas, overall survival, Kaplan-Meier estimate.

Актуальность: Опухоли центральной нервной системы у детей по локализации, морфологическим формам и биологическим свойствам существенно отличаются от новообразований мозга у взрослых, что обуславливает особенности клинической картины заболевания, его течения, лечения и прогноза. Глиомы в детском возрасте встречаются с частотой 2-4 на 100 тыс., занимая второе место среди всех новообразований (16—22%) и первое – среди солидных опухолей. Низкозлокачественные опухоли (Gr1-Gr2 по степени гистологической дифференцировки) составляют более 50% глиом и чаще диагностируются в возрасте 6—11 лет. Они представляют собой гетерогенную группу опухолей: астроцитарной, олигодендроглиальной и смешанной нейроглиальной гистологии. Хотя их клиническое поведение может варьировать, большинство ГНС имеют индолентное течение и не подвергаются злокачественной трансформации [2, 4]. Поскольку глиомы по консистенции и цвету мало отличаются от мозговой ткани, определить их границы визуально даже при использовании хирургической оптики не всегда возможно. Более того, когда при магнитно-резонансной томографии (МРТ), казалось бы, подтверждалось полное удаление опухоли,

после микроскопии операционного материала нередко обнаруживались злокачественные клетки, инфильтрировавшие здоровую нервную ткань [3, 4, 5].

Цель исследования: анализ выживаемости в зависимости от объема резекции.

Материалы и методы: проанализированы результаты диагностики, лечения и гистологии 68 пациентов с глиомами низкой степени злокачественности, находившихся на стационарном лечении в РДКБ в г.Уфа с 2008 по 2015 гг..

Результаты и обсуждение: на лечении в РДКБ г. Уфы находилось 68 детей. Возраст пациентов составил от 18 суток до 16 лет. Распределение по полу – преобладание мужского пола в 2 раза. Клинически глиомы проявлялись общемозговыми (в связи с внутричерепной гипертензией) и очаговыми неврологическими симптомами, которые в детском возрасте характеризуются быстрым развитием после длительного скрытого периода роста опухоли. Основным диагностическим методом являлась МРТ головного мозга, где выявлялись размеры опухоли, наличие кистозного компонента, масс-эффекта и расширение желудочков.

По локализации глиомы преимущественно располагались в мозжечке-28 случаев, на втором месте по распространенности - срединные супратенториальные образования (таламус, хиазма)-22 случая, в боковых желудочках – 9 случаев, в полушариях мозга-8 случаев, 5 из которых приходилось на височную долю. Также имели место быть опухоли, распространяющиеся на ствол мозга и первые два шейных сегмента спинного мозга. Непосредственно хирургическое лечение получили 54 ребенка, в сочетании с химиотерапией - 5 детей, в сочетании с радиолучевой терапией - 6 детей, комплексное лечение получил 1 ребенок и 2 детей, получали химиотерапию по протоколу Европейского стандарта.

Все нейрохирургические вмешательства проводились с помощью навигационной системы при жесткой фиксации пациента. Далее выполнялась краниотомия, затем кортикотомия. Под микроскопом удаляли опухоль биопситором, электрокоагулятором и ультразвуковым отсосом.

Через 2 суток после оперативного вмешательства детям проводилась контрольная МРТ в режимах T1 ВИ, T2 ВИ и FLAIR в трех проекциях сагиттальной, аксиальной и коронарной. Далее резецированные опухоли подвергались гистологическому исследованию. В большинстве случаев, а именно в 42,5%, они были представлены пилоцитарными астроцитомами, для которой характерны розенталевские волокна - плотные, клюшкообразные или линейные эозинофильные гиалиновые образования, возникающие в результате некробиотических и дистрофических изменений астроцитов. Вторым по распространенности вариантом глиом являлись фибриллярно-протоплазматические астроцитомы, для которых характерны умеренный ядерный полиморфизм и микрокисты.

Все пациенты были разделены на 4 группы по выполненному объему резекций: тотальный -22случая, субтотальный-15 случаев, частичный-21 случай и биопсия-8случаев.

Под методами оценки выживаемости понимается изучение закономерности появления ожидаемого события у представителей наблюдаемой выборки во времени. Таким событием не обязательно является летальный исход, им может быть рецидив (прогрессия) [1]. Анализ выживаемости производился по методу Каплан-Майера. Данный метод применим для цензурированных данных [1]. Все графики построены в программе Statistica 6.0.

Таким образом, общая выживаемость за текущие 8 лет составила 0,92.

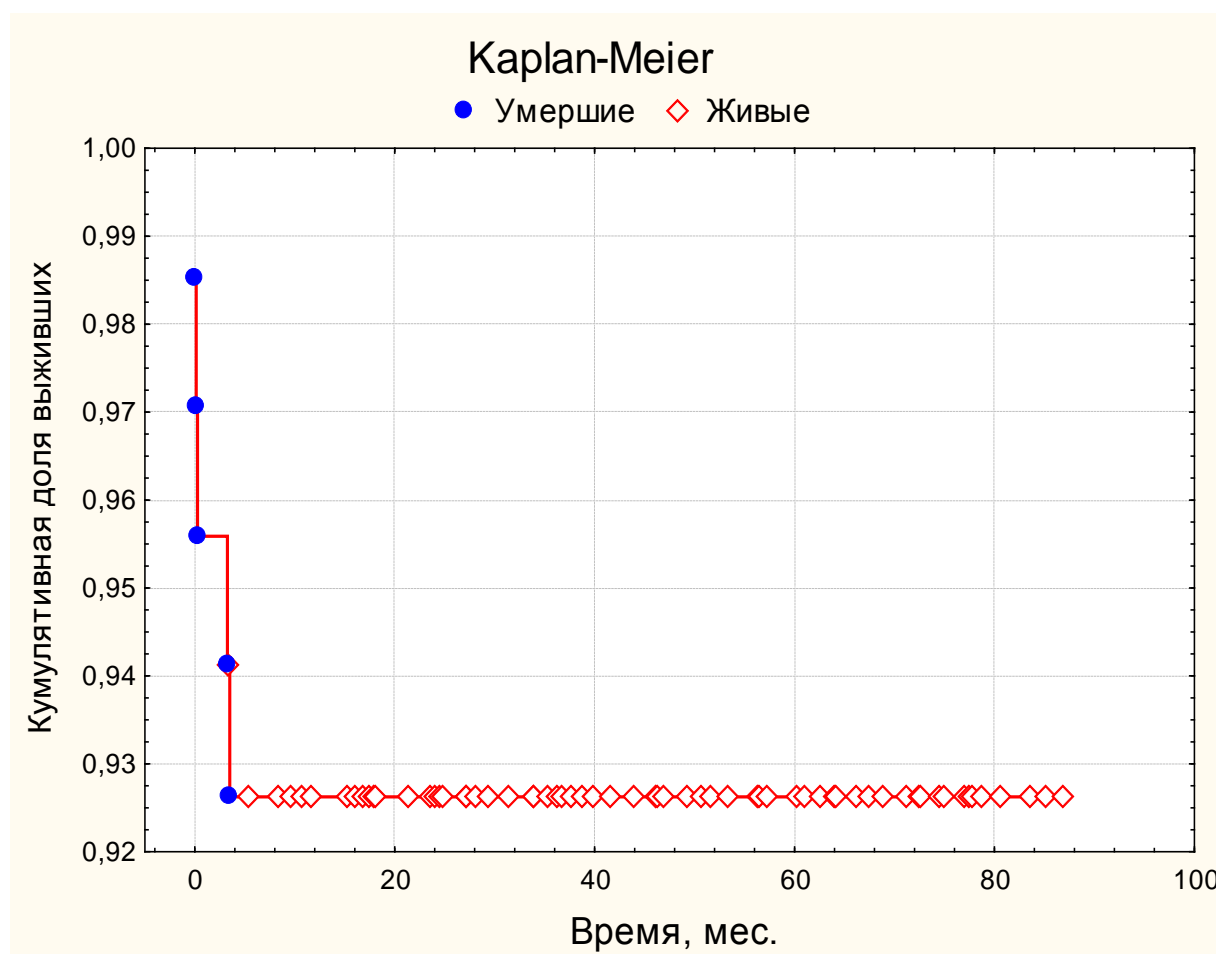


Рисунок 1. Общая выживаемость детей с глиомами низкой степени злокачественности

Непосредственно переходя к группам по объему резекции необходимо отметить, что в группах тотальной резекции и биопсии летальных исходов и рецидивов не наблюдалось, выживаемость в этих группах 100%. В группе субтотальной резекции наблюдался один рецидив, в связи с чем выживаемость без прогрессирования составила 0,93. В группе

частичной резекции помимо 5 летальных исходов, был 1 рецидив, выживаемость в группе составила 0,7.

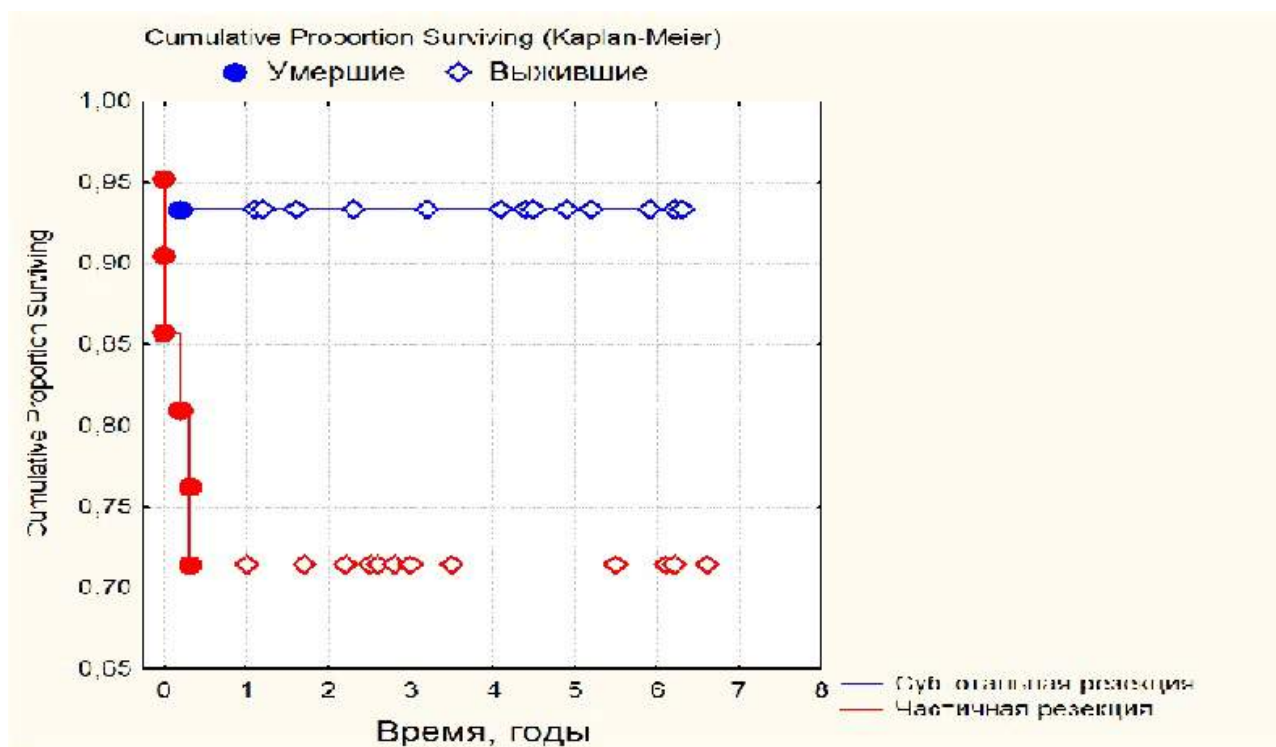


Рисунок 2. Выживаемость без прогрессирования в группах субтотальной и частичной резекции

Исходя из данного графика очевидно, что выживаемость в группе субтотальной резекции выше, нежели в частичной.

Заключение и выводы: Хирургическое лечение остается основой терапии глиом низкой степени злокачественности у детей. Тотальная, субтотальная резекция является наиболее оптимистичным прогностическим фактором, определяющим общую выживаемость и выживаемость без прогрессирования.

Литература

1. Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 688 с.
2. А. Е. Киселева, Лечение глиом низкой степени злокачественности у детей / А. Е. Киселева // Медицинские новости. – 2007. – №1. – С. 21-24.
3. Berger M.S., Deligans A.V., Dobbins J. // Cancer. – 1994. – V. 74, N 8. — P. 1784 – 1789.
4. Messing A.M. // Manual of Neurosurgery (Ed. G.D. Palmer). – London, 1996. – P. 620—627.

5. Packer R.J. // Arch. Neurol. – 1999. — V. 56, N 5. — P. 421—425.

УДК 616-084

Л. В. Ефимова

**ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА В ДИНАМИКЕ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ САНАТОРИЯ «САЛЮТ»**

**Кафедра пропедевтики детских болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. В работе представлены данные показателей вегетативного статуса у детей в динамике восстановительного лечения и дана им оценка. Улучшение показателей свидетельствует об эффективности комплексного подхода в восстановительном лечении с включением лечебной физкультуры, физиотерапии.

Ключевые слова: восстановительное лечение, показатель вегетативного статуса.

L. V. Efimova

**AUTONOMIC STATUS AND ITS PERFORMANCE IN REHABILITATION OF
CHILDREN SANATORIUM "SALUTE"**

Propedeutics of children's diseases

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The paper presents the performance of the vegetative status of children in the dynamics of rehabilitation treatment and evaluation given to them. Improved performance demonstrates the effectiveness of an integrated approach to recovery treatment to include physical therapy, physiotherapy.

Keywords: rehabilitation treatment, the rate of vegetative status.

Актуальность: разработка подходов в реабилитации детей имеет большое значение в виду роста заболеваемости, инвалидности и необходимости улучшения качества жизни. Открытие реабилитационных отделений имеет перспективное значение в оказании медицинской помощи детям. Принципы реабилитации: раннее начало, последовательность, систематичность, клиничко-функциональный подход. Условия реализации этих принципов – адекватность программы реабилитации тяжести и периоду заболевания, учет реабилитационного потенциала. Реабилитационный потенциал включает комплекс биологических и психофизиологических характеристик, социально-средовые факторы, позволяющих в процессе восстановительного процесса реализовать потенциальные

способности. Важное значение в оценке реабилитационного потенциала имеет изучение вегетативного статуса. Особое значение оценки показателей вегетативного статуса имеет у подростков в виду их физиологической и психологической особенностей, резкая перестройка функций всех органов и систем, приводящих к вегетативным нарушениям. Изучение возможности мониторировать адекватность физической нагрузки с учетом данных показателей вегетативного статуса является необходимым условием повышения эффективности восстановительного лечения.

Цель исследования: оценить показатели вегетативного статуса у детей в динамике восстановительного лечения в реабилитационном отделении. Определить возможности мониторинга и коррекции физической нагрузки при оценке вегетативного статуса.

Материалы и методы: Исследования были проведены на базе санатория «Салют» г. Уфа.

Под нашим наблюдением в реабилитационном отделении санатория «Салют» находилось 63 детей и подростков, из них 34 мальчика (54%) и 29 девочек (46%), средний возраст – 12 лет.

Дети находились на реабилитации с диагнозами: вегетососудистая дистония, гастродуоденит, хронический пиелонефрит, резидуальная энцефалопатия.

Было проведено изучение вегетативного статуса и его динамики при реабилитации. Проведение соматометрических (длина, масса тела) и физиометрических (частота сердечных сокращений, артериальное давление) измерений осуществлялось по общепринятой унифицированной методике (Баранов А.А., Кучма В.Р., 1999).

Для оценки вегетативного статуса у детей рассчитывался индекс Кердо (степень влияния на сердечно – сосудистую систему вегетативной нервной системой) по формуле: $ВИ = 1 - \frac{ДД}{ЧСС} \times 100$, где ВИ – вегетативный индекс (индекс Кердо), ДД – диастолическое давление, ЧСС – частота сердечных сокращений. Интерпретация показателей ВИ: положительное значение – преобладание симпатических влияний, отрицательное значение – преобладание парасимпатических влияний.

Для характеристики функциональной полноценности рефлекторных механизмов регуляции гемодинамики и оценки возбудимости центров симпатической иннервации была проведена ортостатическая проба до и после лечения. У обследуемого после 5-минутного пребывания в положении лежа регистрировали частоту сердечных сокращений. Затем по команде обследуемый спокойно занимал положение стоя. Пульс подсчитывался на 1-й минуте в вертикальном положении, а артериальное давление - на 3-й минуте.

Для оценки физической подготовки у детей был подсчитан ЧСС до и после физической нагрузки. Детям предлагалось сделать 20 приседаний. Это выполнялось для индивидуализации физической нагрузки.

В комплекс реабилитации вошли: бальнеотерапия (пресные, ароматические, жемчужные, лекарственные, йодо-бромные, хвойные), физиотерапия, занятия лечебной физической культурой, кумысотерапия, фито терапия, лечебный массаж.

Результаты и обсуждение. У наблюдаемых нами детей были жалобы на головокружение (44,4%), головные боли (55,6%), сердцебиение (38,1%), боли в области сердца (30,2%), обмороки (14,3%), тошнота и боли в животе (42,9%).

После подсчета индекса Кердо для каждого ребенка, было посчитано количество положительных и отрицательных результатов. Установлено, что у 49 детей (26 мальчиков (41%) и 23 девочек (36%)) преобладает влияние симпатической нервной системы на сердечно-сосудистую. А преобладание парасимпатической нервной системы выявлены у 14 детей (7 мальчиков и 7 девочек (по 11,5%)).

После проведения ортостатической пробы было подсчитано количество детей с хорошей, удовлетворительной и неудовлетворительной переносимостью пробы. Результаты приведены в Таблице 1 и Рис.1.

Таблица 1

Результаты ортопробы

Переносимость пробы					
Хорошая		Удовлетворительная		Неудовлетворительная	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
22,2%	28,4%	39,7%	48,2%	38,1%	23,4%



Рис.1. Динамика артериального давления в результате лечения

В результате лечения уменьшилось ($p < 0,05$) количество детей с неудовлетворительными результатами, увеличилось количество детей с хорошими результатами.

Особое внимание уделено лечебной физической культуре. На занятиях дети выполняли комплекс физических упражнений на фоне постановки правильного дыхания.

Для подбора адекватной физической нагрузки для детей мы подсчитывали ЧСС до и после лечения (до и после физической нагрузки) и считали количество детей с пониженным, нормальным и повышенным ЧСС. Результаты исследования приведены в Рис.2.

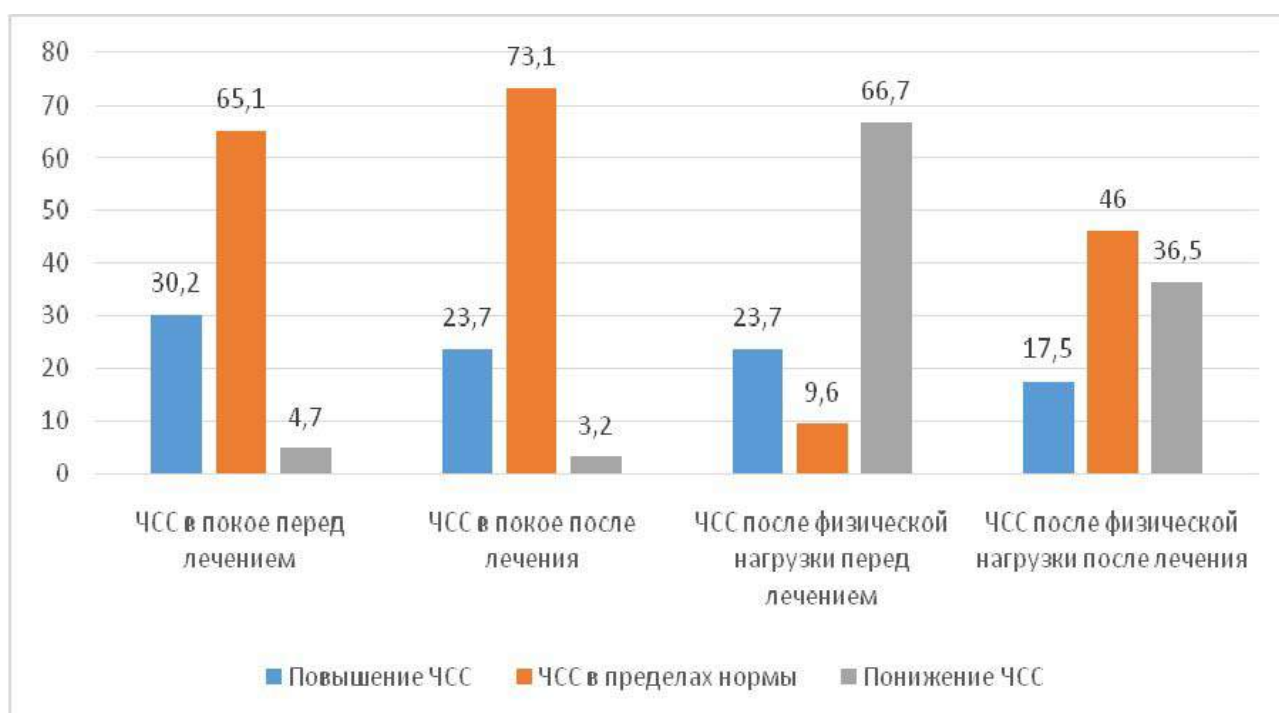


Рис.2. Динамика ЧСС до и после физической нагрузки

В результате выполнения лечебных упражнений у большинства детей ЧСС улучшался.

Заключение и выводы: 1) Изучение вегетативного статуса у детей при реабилитации является одним из важных показателей в оценке ее эффективности.

2) У детей, получающих восстановительное лечение в реабилитационном отделении, отмечалось уменьшение жалоб, повышение настроения и улучшение показателей вегетативного статуса.

3) Изучение показателей вегетативного статуса позволяет оценить адекватность физической нагрузки.

Литература:

1. Детская неврология: под ред. В. И. Гузеевой. – Медицинское информационное агентство, 2015. – 640с.
2. Пропедевтика детских болезней: учебник/под ред. Р. Р. Кильдияровой, В. И. Макаровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа,2012. – 680с.:ил.
3. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков (вопросы диагностики, лечения, диспансеризации): Методические рекомендации. Красноярск: 2009. – 40с.

УДК 616.379-008.64

А. А. Бабрай, А.Д. Никитина, Д. А. Васильева, С. А. Сиражетдинова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РБ «ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5» Г.УФА
Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. Приведены результаты исследования структуры сахарного диабета 1 типа у детей и подростков по данным ГБУЗ РБ «Детская поликлиника №5» г. Уфа. Выделены особенности клинических проявлений сахарного диабета 1 типа у детей раннего возраста.

Ключевые слова. Сахарный диабет, дебют, осложнения.

A. A. Babray, A.D.Nikitina, D.A.Vasilyeva, S.A. Siragetdinova
The course of diabetes type 1 in children and teenagers according to GBUZ RB
"Children's polyclinic №5", Ufa
The Department of polyclinic and emergency Pediatrics with course IPO
Bashkir state medical University (Ufa, Russia)

Abstract. Results of studies of patterns of diabetes type 1 in children and teenagers according to GBUZ RB "Children's polyclinic №5", Ufa. The features of clinical manifestations of diabetes type 1 in children of early age.

Keywords. Diabetes, debut, complications.

Актуальность: На сегодняшний день сахарный диабет (СД) представляет собой актуальную задачу для здравоохранения всего мира, что связано с его прогрессивным распространением.[1]. Численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза и к концу 2014г. достигла 387 млн [4,5]. В последние десятилетия отмечен выраженный рост заболеваемости и распространенности СД 1 типа среди детей и подростков, которые в среднем по стране составляют 13,2 и 72,4 на 100 тыс. детей в возрасте от 0 до 15 лет соответственно [6]. Самыми опасными последствиями глобальной эпидемии СД являются его системные сосудистые осложнения – нефропатия, ретинопатия, поражение магистральных сосудов сердца, головного мозга, периферических сосудов нижних конечностей.[3] Именно эти осложнения являются основной причиной инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом, что в конечном счете явится дополнительным финансовым бременем для государства и для самого пациента[7]. Для того, чтобы избежать и не пропустить подобные состояния необходимо не только медицинское наблюдение за

больным ребенком, но и поддержание у пациента и его родителей мотивации, направленной на хороший уровень компенсации СД[2].

Цель исследования: изучить структуру сахарного диабета 1 типа по полу, возрасту, стажу заболевания и особенностям клинических проявлений у детей и подростков по данным ГБУЗ РБ «Детская поликлиника №5» г.Уфа.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, состоящих на учете у эндокринолога с диагнозом сахарный диабет 1 типа в ГБУЗ РБ ДП №5 г. Уфы.

Результаты и обсуждения: в результате проведенного анализа были получены следующие данные (табл.1):

Таблица 1

Общее количество детей больных сахарным диабетом 1 типа, состоящих на учете в ГБУЗ РБ ДП №5 по данным на январь 2016г.

Пол	Количество
Мальчики	52 (67%)
Девочки	26 (33%)
Всего	78

Как видно из таблицы 1 в структуре больных сахарным диабетом 1 типа детей преобладают мальчики (52 из 78,состоящих на учете – 67,5%).

Чаще всего дебют заболевания сахарным диабетом 1 типа у мальчиков приходится на возраст до 7 лет- 20 (42,5%) человек, реже заболевание манифестирует в возрасте 7-10 лет- 18(38,3%) детей, а на подростковый возраст 11-17 лет приходится незначительная доля- 9(19,2%) человек (рис.1). Из группы до 7 лет 13% детей впервые заболели сахарным диабетом в возрасте 1-го года.

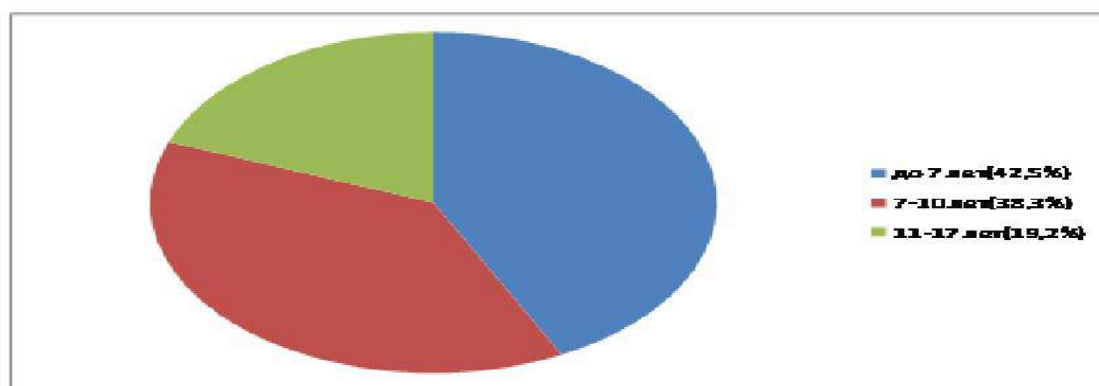


Рисунок 1. Манифестация заболевания в зависимости от возраста в группе больных мужского пола.

В большинстве случаев дебют заболевания сахарным диабетом 1 типа у девочек и мальчиков приходится на возраст до 7 лет -16 (61,5%) человек, в возрастной группе 7-10 лет- 6 (23%) детей, реже заболевание манифестирует в 11-17 лет- 4 (15,5%) (рис.2). В группе девочек до 7 лет впервые выявленный диабет в возрасте 1-го года отмечался у 12,5% детей.

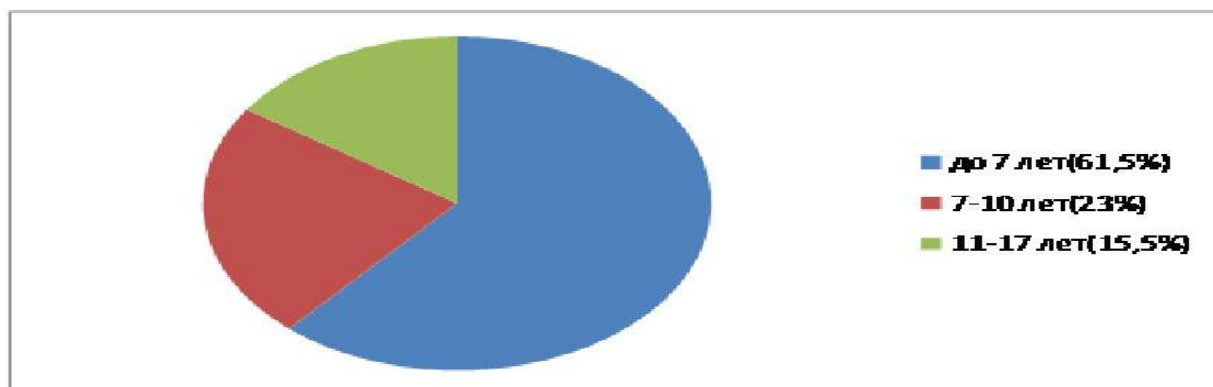


Рисунок 2. Манифестация заболевания в зависимости от возраста в группе больных женского пола.

Дебют заболевания в основном приходится на возраст от 1 года до 7 лет, а манифестация заболевания в возрасте до года приблизительно одинакова у мальчиков (13%) и у девочек (12,5%).

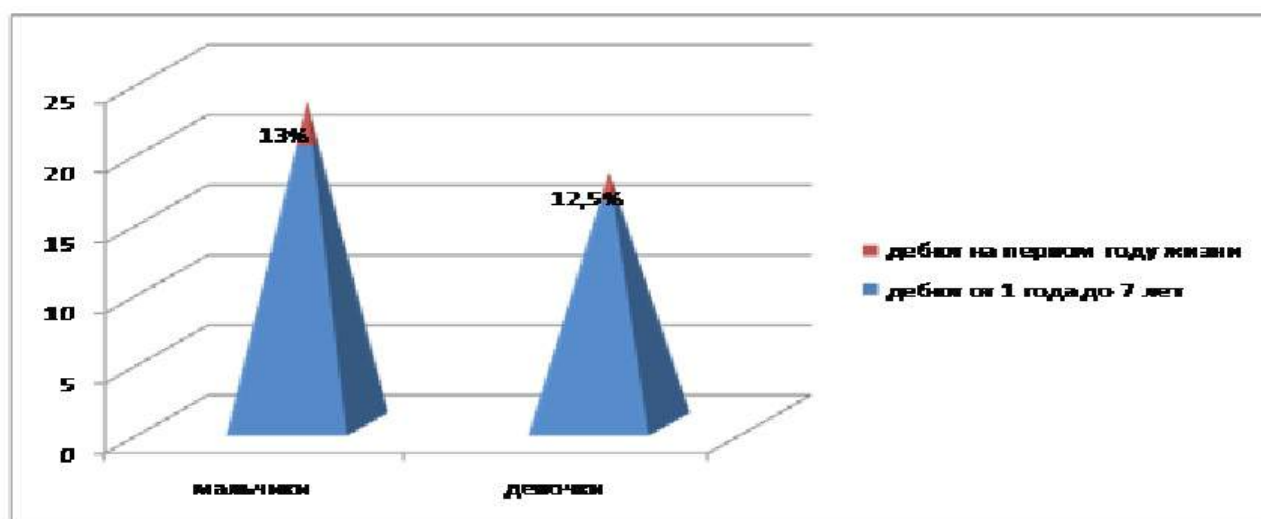


Рисунок 3. Сравнительные показатели манифестации заболевания сахарным диабетом первого типа в возрасте от 0 до 1 года и от 1 года до 7 лет среди мальчиков и девочек.

В группе девочек из 26 человек 10 имеют стаж заболевания 5 лет и более. Среди 52 мальчиков 14 человек болеют сахарным диабетом более 5 лет. Среди пациентов, больных сахарным диабетом первого типа преобладают мальчики; среди девочек количество больных со стажем 5 лет и более составляет почти половину, а в группе мальчиков на таких больных приходится 1/5.

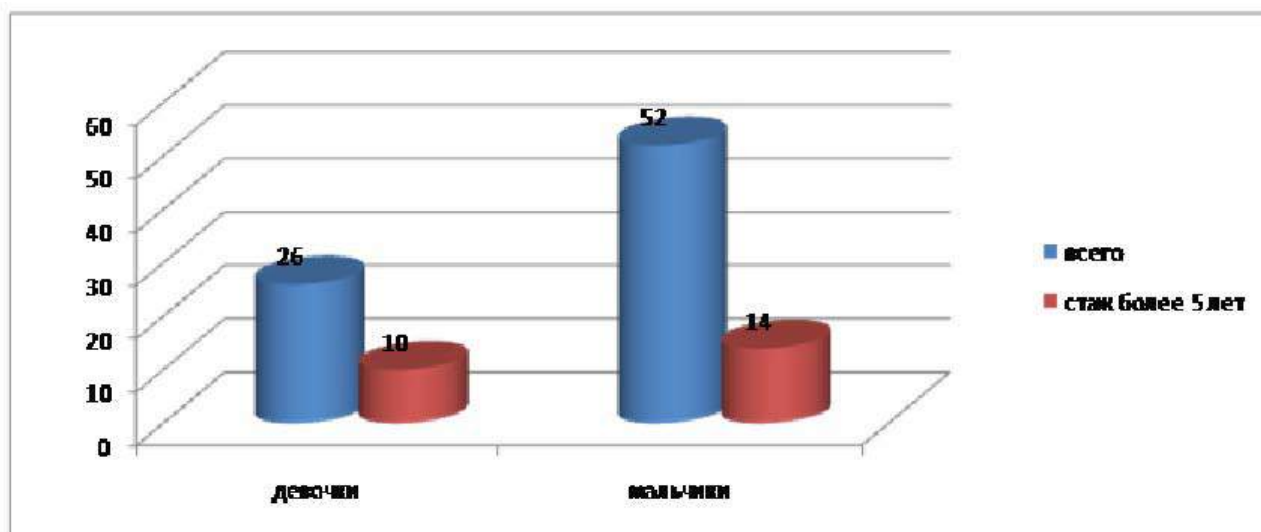


Рисунок 4. Количественный показатель детей с сахарным диабетом 1 типа со стажем заболевания 5 лет и более среди мальчиков и девочек.

Начало заболевания СД у детей первого года жизни проявлялось нетипичной клинической картиной, когда доминировали желудочно-кишечные диспепсические расстройства и синдром токсикоза с эксикозом, в связи с чем их госпитализировали в стационар инфекционного профиля. Это говорит о том, что должна быть настороженность педиатров в плане СД и нужно обращать внимание на особенности реализации данного заболевания у детей раннего возраста.

Заключение и выводы: Результаты проведенного исследования показали что в структуре больных сахарным диабетом 1 типа детей преобладают мальчики (52 из 78,состоящих на учете – 67,5%). Чаще всего начало заболевания сахарным диабетом 1 типа и у мальчиков, и у девочек приходится на возраст до 7 лет. Дебют заболевания в основном возникает в возрасте от 1 года до 7 лет, а манифестация заболевания в возрасте до года приблизительно одинакова у мальчиков (13%) и у девочек (12,5%). Среди девочек количество больных со стажем 5 лет и более составляет почти половину, а в группе мальчиков на таких больных приходится 1/5. Сахарный диабет у детей первого года жизни встречается достаточно часто и врачам необходимо помнить об этом.

Литература

1. Алан Л. Рубин. Диабет для «чайников» = Diabetes For Dummies — 2-е изд. — М.: «Диалектика», 2006. - 496с.
2. Витебская А.В. Сахарный диабет у детей. Роль педиатра в выявлении,

диспансерном наблюдении и профилактике. Журнал «Медицинский совет» №14- 2015.- 97с.

3. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. Сахарный диабет у детей и подростков: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007.- 247 с

4. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Емельянов А.О. Современная тактика инсулинотерапии сахарного диабета 1 типа у детей и подростков: Пособие для врачей. — М., 2004. - 96 с.

5. Дедов И.И., Шестакова М.В.. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» — 7-й выпуск. — М., 2015. - 112 с.

6. Дедов И.И., Петеркова В.А. Федеральные клинические рекомендации(протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями.- М.: Практика, 2014.- 442с.

7. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа // М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2011. - 352с.

УДК 616-007-053.1

М.С. Щеколдина, асс. А.П.Герасимов¹, асс. О.С Олина².

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ
СИНДРОМЕ ПАТАУ**

¹Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми,

²Кафедра госпитальной педиатрии,

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет,**

Санкт-Петербург, Россия

Резюме: В работе описан клинический случай нетипичного развития половой системы у ребенка с синдромом Патау. Согласно протоколу обследования пациента, при наличии более пяти пороков развития в различных системах органов, новорожденному проводится генетическое исследование. По результатам кариотипирования у данного ребенка обнаружена трисомия по 13 хромосоме и мужская «У»-хромосома. Однако, внешние половые органы сформированы по женскому типу с признаками вирилизации пола 3-4 ст., на УЗИ визуализируется матка.

Ключевые слова: Синдром Патау, трисомия 13 хромосомы, вирилизация пола, нарушение полового развития.

M.S.Tschekoldina, ass. A.P. Gerasimow¹, ass. O.S. Olina²

**A CLINICAL CASE OF VIOLATION OF SEXUAL DEVELOPMENT AT PATAU
SYNDROME**

¹Department of propaedeutic of children disease with course of general care,

²Department of hospitality pediatrics,

Sankt-Petersburg state pediatric medical university, Sankt-Petersburg,Russia

Abstract: this clinical case describes unusual sexual development in a child with Patau Syndrome. If a child has got five or more malformations in different systems, it is necessary to do genetic research. According to the results of karyotyping, trisomy 13 and men's genotype "XY" were found in this case. But external genitalia were formed on feminine type with the signs of gender's virilisation of 3-4 phase. Using ultrasound we can see uterus.

Keywords: Patau Syndrome, trisomy 13, gender's virilisation, violation of sexual development.

Актуальность: Представляемый клинический случай ребенка с синдромом Патау интересен тем, что у пациентки наблюдаются нехарактерный для данного заболевания интерсексуальный тип развития.

Целью работы является описание нетипичной для синдрома аномалии развития.

Материалы и методы: Больная С. родилась 13.01.16 от 3-й беременности, протекавшей на фоне панкреатита, гастрита, инфекции мочевыделительных путей, отеков беременных, миомы матки, 3-х срочных родов в 40 недель путем операции Кесарева сечения (в связи с артериальной гипертензией у матери). Предыдущие беременности – 1-ая - 12 лет, девочка, здорова; 2-ая (от второго брака) – 6 лет, девочка, здорова; в течение 6-ти лет в браке с отцом второго ребёнка отсутствие беременностей; 3-я – данная. Возраст отца 38 лет, матери – 41. Пренатально (УЗИ, ХГТ) подозрение на хромосомную патологию, от инвазивной диагностики мать отказалась. Вес при рождении 2840, длина тела – 51см, окружность головы 31 см., по шкале Апгар 7/9 баллов. После рождения поступила на отделение ОПНД и ДГВ ПЦ СПбГПМУ. На момент поступления в отделение ребенок находился в удовлетворительном состоянии, однако были выявлены множественные аномалии развития: ВПР сердца (вторичный ДМПП, аномалия развития клапана легочной артерии, ОАП, гипертрофия миокарда правого желудочка, НК 0 степени), ВПР дыхательных путей (врожденный стридор, трахеальный бронх справа), расщелина мягкого неба, короткая уздечка языка, ВПР конечностей (полидактилия левой кисти и обеих стоп, синдактилия левой стопы), эпителиальный копчиковый ход, ВПР глаз (микрокорнеа, помутнение роговицы обоих глаз), ВПР половых органов (вирилизация III – IV степени (гипертрофированный пенисообразный клитор), уrogenитальный синус, влагалище достоверно не определяется, множественные микроаномалии развития. По результатам обследования также выявлены: муковисцидоз (двухкратный забор на неонатальный скрининг), гепатит на фоне выявленного ВПР ЖВП (внутри и внепечёночных желчных протоков); киста холедоха; врожденная гиперплазия коры надпочечников; перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, аффективно-респираторные приступы, задержка внутриутробного развития по асимметричному типу (дефицит веса 11%). TORCH – инфекции исключены (кровь, моча, слюна – ПЦР, ИФА)

При осмотре ребенка в возрасте 1 месяца (рис.1,) – множественные аномалии развития: низкий скошенный лоб, микрогнатия, расстояние между глазными щелями увеличено, широкое основание носа, запавающая переносица, крупноватый кончик носа, диспластичные ушные раковины, расщелина мягкого неба, короткая уздечка языка, полидактилия левой кисти и обеих стоп (рис. 2,3,4), клинодактилия левой кисти, сакральный синус, на фоне

терапии ГКС признаки вирилизации пола значительно регрессировали. В дальнейшем, при консультации с генетиком, проведено кариотипирование.

Результаты: Выявлено удвоение 13й хромосомы, что соответствует также наличию Y-хромосомы. Однако, следует обратить внимание на развитие гениталий по женскому типу.



Рисунок 1 . Фенотип пробанда на 15 сутки жизни

2,3,4.



Рисунок

Полидактилия и клинодактилия

Заключение и выводы: ребенок умер в ОАРИТН перинатального центра 25 февраля в возрасте более одного месяца, что превышает среднюю продолжительность жизни при синдроме Патау (2-3 дня) и показывает высокий уровень работы неонатологической службы СПбГПМУ.

Литература:

1.Красильников В.В. Аномалии развития: Пос. для врачей. СПб., 2007.

2. Баранов В.С., Кузнецова Т.В. Цитогенетика эмбрионального развития человека: научно-практические аспекты. - СПб.: Научная литература, 2007. - 640 с.

3. Гинтер Е.К. Медицинская генетика. - М.: Медицина, 2003

УДК 616.22./233-002:616.24-002-036.11-053.2-085.281

Э.Р.Харисова, К.С.Гареева

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ И
СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ**

**Факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным
центром ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа,
Россия)**

Резюме. По результатам анализа 80 историй болезни детей, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ РБ БСМП г. Уфы и анкетирования 80 родителей на базе городских детских поликлиник № 2 и 5 г. Уфы было проведено сравнение антибиотикотерапии в условиях стационара и поликлиниках г. Уфы, так же был оценен выбор антибактериального препарата.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, сравнительный анализ, амбулаторный этап, стационарный этап.

E.R. Kharisova, K.S. Gareeva

**COMPARATIVE ANALYSIS OF ANTIBIOTIC THERAPY RESPIRATORY TRACT
INFECTIONS IN CHILDREN IN OUTPATIENT AND INPATIENT DEPARTMENTS.**

**Faculty Pediatrics with courses of pediatrics, neonatology and simulation center IAPE
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)**

Abstract. Based on the analysis of 80 children stories disease, held in-patient treatment in emergency hospital of Ufa and survey 80 parents on the basis of out-patient department number 2 and 5 of Ufa was compared antibiotic treatment in hospital and clinics, it was also rated range of antibacterial drugs.

Keywords: antibiotic therapy, a comparative analysis, outpatient phase, inpatient phase

Актуальность: Проблема улучшения результатов лечения воспалительных заболеваний у детей особенно остро встает сегодня, когда в условиях быстро пополняющегося арсенала антибактериальных средств меняются спектр микроорганизмов и степень их чувствительности к препаратам.[1] В условиях амбулаторной помощи благодаря рациональному выбору антибиотика сокращается продолжительность заболевания, снижаются вероятность рецидивирующего течения и частота госпитализаций.[2] При лечении инфекционно-воспалительного заболевания в условиях стационара адекватная

антибиотикотерапия предотвращает прогрессирование инфекции, развитие тяжелых гнойно-септических осложнений и сепсиса у детей, достоверно влияет на показатели летальности в детских отделениях интенсивной терапии, а также позволяет снизить расходы на лечение. [3]

Цель исследования: сравнить антибактериальную терапию, применяемую в условиях стационара и поликлиниках города Уфы, оценить выбор антибиотика детям.

Материалы и методы: анализ историй болезни 80 детей, проходивших стационарное лечение по поводу ОРЗ в ГБУЗ РБ БСМП г. Уфы и анкетирование 80 родителей на базе городских детских поликлиник № 2 и 5 г. Уфы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение: из 80 исследованных (средний возраст $5,6 \pm 0,3$) на базе стационара 50 пациентов получали антибактериальную терапию. Выбор антибиотика был следующим: 1) цефалоспорины (28 пациентов или 56%), 2) макролиды (15 пациентов или 30%), 3) пенициллины (7 пациентов или 14%). (рис.1)

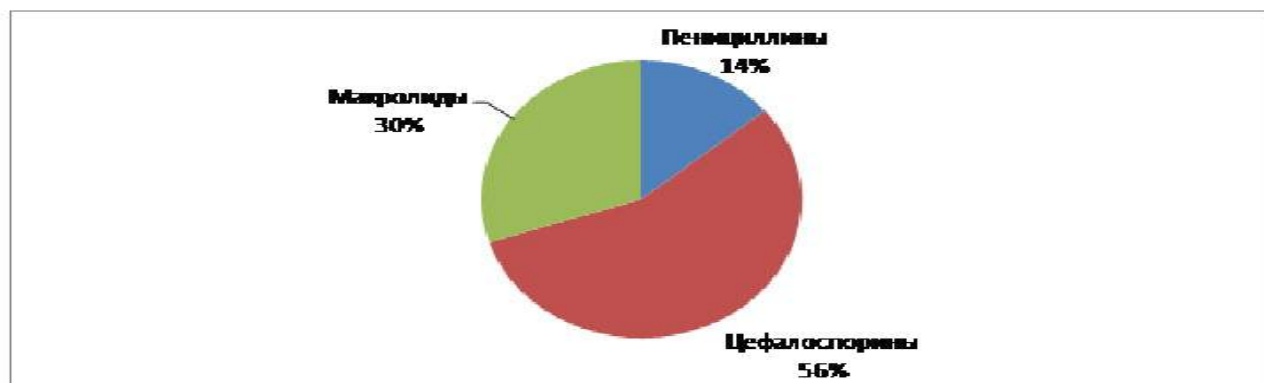


Рисунок 1. Структура назначаемости антибактериальных препаратов в стационаре по данным исследования

Причинами госпитализации были в подавляющем большинстве случаев: 1) состояние ребенка: у 45 средней тяжести и у 5 тяжелой 2) неэффективность амбулаторного лечения (у 25 детей госпитализация свыше 4 дня заболевания).

Из тех детей, которые получали антибиотики у 23 диагноз ОРВИ, у 19 острый бронхит, у 6 острый обструктивный бронхит и у 2 острый ларинготрахеит. (рис.2)



Рисунок 2. Структура заболеваний, госпитализированных детей по данным исследования

Основаниями для назначения антибактериальной терапии в основном были признаки присоединения бактериальной инфекции: 1) лихорадка больше 3 дней (23 пациента); 2) значительное нарушение общего состояния ребенка (вялость, отказ от еды и питья и др.); 3) гематологические маркеры бактериальной инфекции (лейкоцитоз выше $15 \cdot 10^9$ л у 4 и от 10 до $14 \cdot 10^9$ л у 12 детей со сдвигом лейкоформулы «влево»).

Преобладание частоты назначения цефалоспоринов объяснялось тем что: 1) пациенты получали амоксициллин в течение 3-4 дней без эффекта на амбулаторном этапе, 2) больные получали пенициллины за 3-4 месяца до госпитализации по причине другого заболевания, 3) непереносимость препаратов пенициллинового ряда.

На базе поликлиник из 80 анкетированных (средний возраст- $5,4 \pm 0,4$) 62 (77,5%) ребенка получали антибактериальную терапию, из них: 1) пенициллины 20 (32,3 %); 2) макролиды 18 (29 %), 3) цефалоспорины 6 (10 %) 4) 18 (29%) родителей не смогли вспомнить названия препаратов. (рис.3)

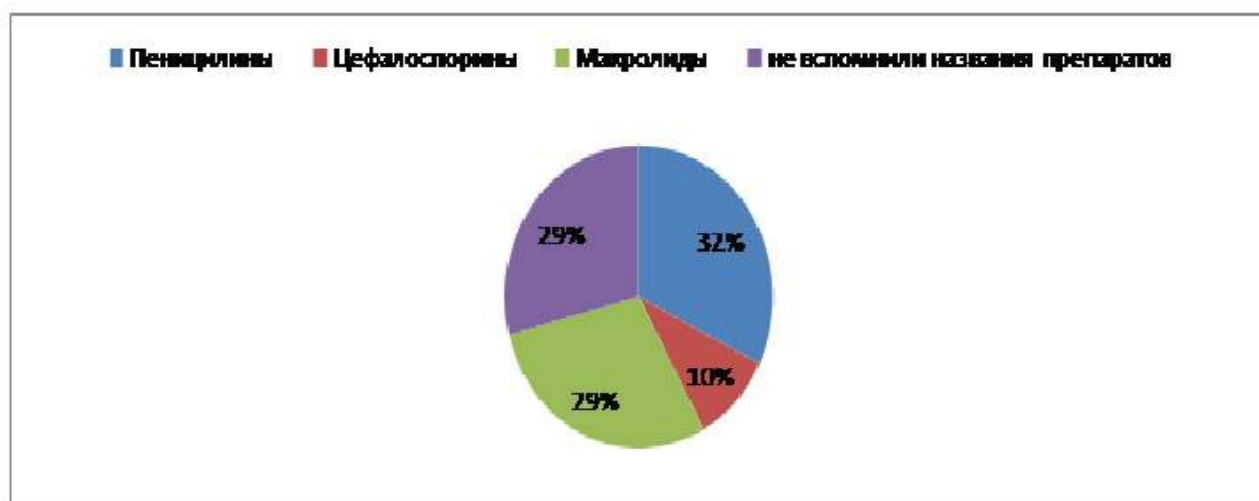


Рисунок 3. Структура назначаемости антибактериальных препаратов в детских поликлиниках по данным исследования

Высокий процент назначения макролидов объясняется: 1) приемом пенициллинов за 3-4 месяца до этого, 2) предполагаемыми возбудителями были микоплазмы и хламидии.

Тем детям, которые получали антибиотики на базе педиатрического участка были выставлены следующие диагнозы: ОРВИ-10, ангина-4, обструктивный бронхит-4, бронхит - 2, ангина- 4, у 40 детей было ОРВИ с развитием трахеита, бронхита, ангины, отита, синусита. Из анкетированных детей 38 болеют более 1 раза в полгода инфекциями дыхательных путей, при этом средний возраст $5,5 \pm 0,6$, что соответствует 4 критическому периоду созревания иммунной системы ребенка[6], 16 человек более 1 раза в год, 1 раз в год

6 человек, каждый месяц 2 человека. Стоит отметить, что из анкетированных никто не занимался самолечением, все антибактериальные препараты назначались участковым педиатром.

Выводы и заключение: 1. Основными антибактериальными препаратами, назначаемыми детям на амбулаторном этапе, являются антибиотики пенициллинового ряда. Этот выбор в большинстве случаев соответствует федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных с различными заболеваниями бактериальной этиологии.

2. В условиях стационара предпочтение цефалоспоринов связано с их высокой биодоступностью, парентеральным путем введения и недостаточном лечебном эффекте антибиотиков других групп на амбулаторном этапе.

Литература

1. Н. В. Белобородова, Ступенчатая терапия: перспективный антибактериальный режим в педиатрии / Н.В. Белобородова// Лечащий врач-2011-№12 –с.30-32.
2. В.К.Таточенко, Антибиотики в арсенале участкового педиатра для лечения болезней органов дыхания/ В.К.Таточенко// Лечащий врач -2009-№8 –с.18-20
3. Турчина Валентина Николаевна, Дулькин Л. А., Темпель Н. А. Антибактериальная терапия при лечении инфекций дыхательных путей у детей на амбулаторном этапе // ПФ . 2014. №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/antibakterialnaya-terapiya-pri-lechenii-infektsiy-dyhatelnyh-putey-u-detey-na-ambulatornom-etape>
4. Баранов А.А.Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных, М.:Гэотар-Медиа, 2008-265с.
5. Таточенко В.К. Лечение острых респираторных заболеваний у детей , //Лечащий врач 2011, № 9, стр.16-24.
6. М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов, ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ, «ГЭОТАР-Медиа» ,2009-с.40-41.

УДК: 616-002.77-053.2/.6-06:616.1-07

Л.Ф.Садыкова, Е.П.Первушина, Г.П.Ширяева, В.А.Малиевский, С.В.Шагарова
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ИДПО, Республиканская детская клиническая больница, г.
Уфа.

Резюме. Цель исследования определить нарушения сердечно – сосудистой системы при ювенильном ревматоидном артрите у детей по показаниям ЭКГ и суточного мониторинга по Холтеру. Выводы. При изучении ЭКГ примерно у половины детей были выявлены те или иные нарушения ритма и проводимости. Показания холтеровского мониторинга ЭКГ у всех детей выявили различные нарушения ритма и проводимости, причем чаще были аритмии, от умеренных до выраженных, и предсердные экстрасистолы. Показатели АД оказались характерны для систоло – диастолической артериальной гипотензии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, суточное мониторирование по Холтеру, электрокардиография, нарушение ритма и проводимости.

E. P.PERVUSHINA, L. F. SADKOVA , G. P. SHIRYAEVA, V. A. MALIEVSKY,
S. V. SHAGAROVA

FUNCTIONAL DISORDERS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN
RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN

The Department of Pediatrics EITI
Republican Children's Clinical Hospital

Abstract. The purpose of the study to determine the violation of the cardio - vascular system in juvenile rheumatoid arthritis in children for indications of electrocardiogram and Holter ambulatory monitoring. Conclusions. In the study of the ECG in approximately half of the children or that rhythm and conduction disturbances have been identified. Indications of Holter monitoring of ECG in all children revealed various violations of rhythm and conduction, and more often had arrhythmias, moderate to severe, and atrial extrasystoles. BP readings were characteristic of systolic – diastolic left arterial hypotension.

Keywords: rheumatoid arthritis, daily monitoring by Holter, electrocardiography, arrhythmias and conduction.

Актуальность. Самая высокая смертность населения в мире отмечается от сердечно-сосудистых заболеваний. В первую очередь эта проблема относится к взрослому населению страны. [1,5]. В то же время получены убедительные доказательства, свидетельствующие о том, что здоровье сердечно-сосудистой системы закладывается с детства. В этой связи так важны современные медицинские технологии, позволяющие своевременно выявить, правильно диагностировать и эффективно лечить детей, добиваясь в большинстве случаев полной реабилитации.[5]

Ревматологические заболевания значительно менее распространены в детской популяции, чем заболевания сердечно-сосудистой системы. В то же время подавляющее большинство этих заболеваний в детском возрасте представляет собой тяжелую патологию, она формируется на основе иммунной аутоагрессии.[2] Все это сопровождается выраженным нарушением качества жизни детей и часто приводит к тяжелым осложнениям, в том числе и со стороны сердечно-сосудистой системы. [3,4]

Цель исследования: определить нарушения сердечно – сосудистой системы при ювенильном ревматоидном артрите у детей по показаниям ЭКГ и суточного мониторирования по Холтеру.

Задачи: 1) изучить распространения разных вариантов ювенильного ревматоидного артрита,

2) выявить изменения в показаниях крови,

3) изучить показания и изменения в ЭКГ

4) определить изменения при суточном мониторировании ЭКГ и АД.

Объект исследования: дети от 1 года до 17 лет

Методика исследования:

1. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей в возрасте от 1года до 17лет с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), получивших лечение в условиях кардиоревматологического отделения РДКБ в 2012-14 гг.

2. Изучен возрастной, половой состав пациентов, вариант течения заболевания, дана клинико-лабораторная характеристика течения ювенильного ревматоидного артрита.

3. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «Statistika» в Microsoft Excel.

Результаты исследования: Было проанализировано 54 историй болезни. Среди детей мальчиков было 10 (18,5%), девочек 44 (81,5%). Дети поступали с разными вариантами течения ЮРА. ЮРА, полиартрит составил 40,8% от общего числа, ЮРА с системным началом – 22,2%, ЮРА, олигоартрит – 35,1%, из них ЮРА, олигоартрит HLA B27-ассоциированный- 7,3%, ювенильный анкилозирующий спондилоартрит - 1,8%.

При исследовании крови отмечались ускорение СОЭ, умеренно выраженная нормохромная анемия, изменение острофазовых реакций - положительная реакция на С-реактивный белок, повышение содержания фибриногена, сиаловых кислот, альфа-глобулинов, что подтверждает активность воспалительного процесса. Полученные результаты показали у 39(72,2%) пациентов - нормальный уровень лейкоцитов, у 13 (24%) был выявлен лейкоцитоз и у 2 (3,7%) лейкопения. Показатели СОЭ в пределах возрастной нормы выявлен у 23 (42,5%) детей, 31(57,5%) имели ускорение СОЭ, из них 17 человек до 11-20 мм/ч, 6 детей - 21 – 30 мм/ч, и более 31 мм/ч – 8 детей. Нормальные показатели ЦИК имели 33 (61%) ребенка, у 21 (39%) наблюдалось превышение уровня ЦИК. Уровень СРБ был в норме у 38 (70,3%) детей и был повышен - у 16 (29,7%). Показатели антистрептолизина – О (АСЛО) в норме были у 34 (63%), у 17 (37%) детей имели превышение АСЛО.

При изучении ЭГК у 2 детей была выявлена легкая синусовая аритмия, 3 ребенка с синдромом ранней реполяризации желудочков, у 4 детей был зарегистрирован синдром наджелудочкового гребешка, 6 человек имели синусовую тахикардию, нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков выявлено у 1 ребенка, и у 5 детей выявлена неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синусовая брадикардия у 2 детей, и по 1 ребенку имели неполную блокаду передней ветви пучка Гиса и укорочение атриовентрикулярной проводимости. У 29 детей нарушения ритма и проводимости не выявлены. Удлинение PQ было обнаружено у 1 ребенка и у 2- укорочение интервала PQ. По 3 ребенка имели удлинение и укорочение времени QT.

Результаты исследования суточного мониторирования сердечной деятельности по Холтеру.

При изучении ЭКГ из 54 исследуемых были выявлены следующие нарушения: суправентрикулярная миграция водителя ритма – у 5(9%) детей, эпизоды умеренной аритмии – у 11(20%), предсердные экстрасистолы – у 1(2%), 2 эпизода единичных суправентрикулярных экстрасистол с полной компенсаторной паузой. А блокады 2 степени 2 типа днем – у 1(2%) детей, предсердные экстрасистолы – у 8(15%), нарушения метаболических процессов в миокарде – у 6(11%), выраженная аритмия – у 6(11%), правопредсердный замещающий ритм – у 4(7%), замедление атриовентрикулярной проводимости на 0,02-0,04 – у 2(4%), эпизоды синоаурикулярной блокады 2 ст. 1 типа – у 1(2%), нерегулярный ритм – у 1(2%), синусовая тахикардия – у 1(2%), единичные узловые экстрасистолы с полной компенсаторной паузой – у 2(4%), синусовая тахикардия – у 1(2%), нерегулярный ритм – у 1(2%). Циркадный индекс из 51 обследуемых в норме был у 44 (86,2%), снижен - у 4 (7,8%) детей, повышен - у 3 (5,8%).

Мониторирование АД показало, что ночное снижение систолического артериального давления (САД) было не достаточным у 1(2,08%) ребенка из 48 исследуемых, избыточное снижение было выявлено у 22 (45,8%) детей, у 23 (48%) детей снижение ночного САД было достаточным. Ночное снижение диастолического АД (ДАД) достаточным было у 21(44.6%) ребенка, у 16 (34%) - было избыточное снижение, и не достаточное - у 10 (21,3%).

Показатели САД и ДАД в течении суток норме были лишь у 7(14,2%) из 49 исследуемых детей, у 28 (57,1%) динамика АД характерна для систоло-диастолической артериальной гипотензии, у 6 (12,2%) детей показатели ДАД днем характерны для артериальной гипотензии, при этом САД в течении суток и ДАД в ночное время в пределах нормы, у 2(4%)детей показатели АД характерны для артериальной гипертензии, 2 (4%) детей - показатели АД характерны для стабильной изолированной диастолической артериальной гипотензии. Низкие значения колебаний показателей САД и ДАД в течении всего периода наблюдения было у 3(6,1%) детей, причем дневные показатели характерны для гипотензии.

Заключение. Проведенные исследования показали, что чаще ювенильным ревматоидным артритом болеют девочки. Из 54 проанализированных историй болезней, чаще встречается вариант ЮРА с полиартритом. У большинства больных наблюдалось ускоренное СОЭ, умеренное увеличение числа лейкоцитов. Показатели СРБ и АСЛО были в повышены лишь у немногих детей. При изучении ЭКГ примерно у половины детей были выявлены те или иные нарушения ритма и проводимости, причем у 1 ребенка было выявлено удлинение интервала PQ и у 3- удлинение времени QTс. Показания холтеровского мониторирования ЭКГ у всех детей выявили различные нарушения ритма и проводимости, причем чаще были аритмии, от умеренных до выраженных, и предсердные экстрасистолы. Показатели АД оказались характерны для систоло – диастолической артериальной гипотензии.

Литература:

1. Детская ревматология: руководство для врачей/под ред. А.А. Барнова., Л.К.Баженовой. – М.2002г
2. Журнал «Современная ревматология» №2, - Издательство ООО «ИМА-ПРЕСС», Москва, 2014г
3. Клиническая динамика ювенильного ревматоидного артрита у детей/ Е.Ю.Емельянчик, Е.П. Кириллова, Т.Е.Таранушенко, А.К.Михайлов, А.Б.Салмина, Л.И. Анциферова// Лечащий врач - №3, 2011, - С 71 -74

4. Мурашко В.В, Струтынский А.В., Электрокардиография. Москва – МЕДпресс-информ.2011г

5. Школьникова М.А., Алексеева Е.И. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии. Москва 2011г.

УДК 159.922.73(04)

Г.Ф.Биктимирова, О.И.Мельникова

**ВЛИЯНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ПЕРВОКЛАССНИКОВ**

Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Резюме. В статье изучено влияние дезадаптации ребенка в период перехода от условий воспитания в семье и дошкольных учреждений к качественно иной атмосфере школьного обучения, состоящей из совокупности определенных нагрузок и более сложных требований к личности ребенка. Проведены анамнестические и статистические методы исследования. Выявлено, что у половины детей, участвующих в исследовании наблюдалась средняя и тяжелая степени адаптации. Определены основные причины дезадаптации.

Ключевые слова. первоклассники, школьная дезадаптация, когнитивные расстройства, тест Тулуз-Пьерона.

G.F.BIKTIMIROVA, O.I.MELNIKOVA

INFLUENCE OF DISADAPTATION ON DEVELOPMENT OF COGNITIVE

Department of outpatient and pediatrics with IPE course

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Abstract. In article influence of disadaptation of the child during transition from education conditions in a family and preschool institutions to qualitatively other atmosphere of school training, consisting of set of certain loadings and more difficult requirements to the identity of the child is studied. Anamnestichesky and statistical methods researches are conducted. It is revealed that at a half of the children participating in research it was observed average and heavy extents of adaptation, and also the main reasons for disadaptation are defined.

Keywords. First graders, school disadaptation, cognitive frustration, Toulouse-Pyerona test.

Актуальность: когнитивными (познавательными) функциями называются наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним:

восприятие информации, обработка и анализ информации, запоминание и хранение, обмен информацией, построение и осуществление программы действий [5]. Проблема когнитивных расстройств в настоящее время является одной из наиболее актуальных и значимых с медико-социальной точки зрения. Нарушение когнитивных функций встречаются не менее, чем у 20% детей и подростков [1]. Изменения в познавательной сфере у детей не могут не вызвать обеспокоенности как со стороны родителей, так и со стороны педиатров. «Высшие» когнитивные функции являются основой психосоциального развития ребенка, его становления как полноценного члена общества и адаптации к окружающим условиям [3]. Развитие тех или иных аспектов психики ребенка однозначно зависит от зрелости и полноценности соответствующих мозговых отделов. Возникновение легких симптомов когнитивных нарушений или их нарастание, как правило, происходит в определенные возрастные периоды, приуроченные к посещению детского дошкольного образовательного учреждения или школы. Основными критическими периодами становятся дошкольный и младший школьный возраст. Ребенок, поступающий в школу, должен быть готов не только к усвоению знаний, но и к новому образу жизни, новому отношению к людям и к своей деятельности [6]. Школа как социальный институт со своими ценностями и нормами, ролевыми отношениями, методами обучения и режимом предъявляет к ребенку вполне определенные требования. И эти требования оказываются настолько жесткими, а сама школа, несмотря на все эксперименты и реформы, настолько консервативной и косной системой, что детям приходится приспосабливаться к ней путем специальной подготовки, не ожидая каких-либо встречных изменений в системе школьных отношений и методах преподавания [4]. Недостаток внимания, памяти, повышенная отвлекаемость и умственная утомляемость, слабость самоуправления приводит к возникновению школьной дезадаптации, которая осложняется напряженными взаимоотношениями в семье. Нереализованность в школе и семье, негативный конфликтный фон формируют измененную личность с высокой готовностью к девиантному поведению и формированию социальной дезадаптации [2]. Усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию проявлений когнитивных нарушений, чтобы предупредить переход из минимальной симптоматики в «драматическую». Оптимальным для восстановительного лечения считается возраст 5-7 лет, когда патологические симптомы не проявились еще в полной мере, а компенсаторные возможности мозга еще велики.

Цель исследования: выявить факторы риска дезадаптации детей к школьному обучению и определить эффективность проведения индивидуальных реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: изучение концентрации, устойчивости, распределения, переключения, нарушения внимания проводилось у 147 первоклассников, обучающихся в гимназии № 39 – ассоциированной школы Юнеско, с помощью теста Тулуз-Пьерона. Рассчитывались два показателя: скорость выполнения теста и точность выполнения теста (или показателя концентрации внимания). Скорость выполнения теста Тулуз-Пьерона отражает такую психологическую особенность ребенка, которая в «Психологической характеристике» обозначена как «Скорость переработки информации». Использованные методы исследования: анамнестический (анализ медицинской документации- медицинской карты ребенка (026/у) и истории развития ребенка (112/у); диспансерный осмотр ребенка (педиатр, невролог, ортопед, хирург, отоларинголог, окулист, уролог, психолог, логопед, кардиолог по показаниям); психологическое тестирование, анкетирование педагогов, родителей, детей по международному опроснику для оценки здоровья и уровня физической активности, эмоционального состояния; статистический.

Результаты и обсуждение: при проведении исследования среди первоклассников было выявлено, что у половины обследуемых детей наблюдалась средняя и тяжелая степени адаптации.

Таблица 1

Дезадаптация детей к школе по степени тяжести

Степень адаптации	Количество детей
Тяжелая	13 (9%)
Средняя	53 (36%)
Легкая	81 (55%)

Изучением мотивационной сферы по методике Тулуз-Пьерона показало, что у 9% школьников доминирует внеучебная мотивация. Особое внимание было уделено изучению эмоционального состояния и адаптационных резервов первоклассников. Выявлено, что у 35% первоклассников определялись негативные и тревожные эмоции по отношению к школе, а по отношению к учителю – 20%. Хроническое переутомление отмечено у 12% детей, компенсированное состояние усталости у 23% детей, оптимальное равновесие отмечено только у 65% первоклассников. В результате проведенного исследования были констатированы основные нарушения в состоянии здоровья первоклассников, влияющие на развитие школьной дезадаптации.

Таблица 2

Факторы риска развития дезадаптации первоклассников

Патологические отклонения	Количество детей
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью	12 (21%)
Головные боли	14 (24,5%)
Астенические расстройства	6 (10,5%)
Школьные фобии	4 (7%)
Дислексия, дисграфия	2 (3,5%)
Частые ОРВИ	8 (14%)
Аллергические заболевания	2 (3,6%)
Заболевания ЛОР-органов	5 (8,8%)
Нарушение вегетативной нервной системой	3 (5,3%)
Нарушение аппетита	1 (1,8%)

Таким образом, основными причинами в развитии школьной дезадаптации явились головные боли, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, астенические расстройства. В рамках комплексных реабилитационных мероприятий детям со средней и тяжелой адаптацией с легкими когнитивными нарушениями, была рекомендована индивидуальная комплексная программа, включающая в себя психолого-педагогическую коррекцию и медикаментозное лечение. У 76% первоклассников, которые выполняли рекомендации педиатра, невролога, психолога, логопеда к концу 2-3 четверти явления школьной дезадаптации были практически нивелированы. У 21% первоклассников с легкой степенью дезадаптации рекомендовано только соблюдение рационально построенного и организованного режима дня, который обеспечивает оптимальный уровень работоспособности и предупреждает развитие переутомления.

Заключение и выводы: Использование прогностической таблицы в начале учебного года, позволяет формировать группы риска по развитию дезадаптации у первоклассников и разрабатывать индивидуальные реабилитационные мероприятия. Индивидуальные реабилитационные мероприятия должны быть разработаны с учетом выявленных психофизиологических особенностей по решению медико-психолого-педагогического консилиума.

Литература

1. Пизова Н.В., Когнитивные нарушения в детском возрасте / Н.В. Пизова // Педиатрия. – 2011. - №4, - С. 8-10.
2. Г.А. Каркашадзе, О.И. Маслова, Л.С. Намазова-Баранова, Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей / Каркашадзе Г.А.,

Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. // Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т.8, №5. – С. 36-41.

3. Маслова О.И., Коррекция расстройств познавательной сферы у детей в период учебного года / О.И. Маслова // Практика педиатра. 2006. - №9. – С.5-7.

4. Ясюкова Л.А., Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе. / Ясюкова Л.А. // Методическое руководство. СПб: Иматон 2002.

5. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. //Неврологический журнал. –2005. –Т.11.

УДК 613.955:616-053.5/6-071.3

Л.Р. Загидуллина, Л.Ю. Абдуллина, Е.К. Каранова, Г.Т. Латыпова, С.А.

Альтапова

ОТКЛОНЕНИЯ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ШКОЛЬНИКОВ Г. УФА

Кафедра детских болезней, Башкирский государственный медицинский

университет,

г. Уфа

Резюме: в статье представлена оценка физического развития детей и подростков 6–18 лет, обучающихся в средних общеобразовательных учреждениях. Исследовались основные морфологические показатели физического развития: рост, масса и индекс массы тела. Оценивался уровень физического развития. У значительной части школьников выявлялись нормальные показатели роста и массы тела. Основные проявления отклонений физического развития были обусловлены избытком массы тела и ожирением.

Ключевые слова: физическое развитие, школьники 6-18 лет, возрастные группы, избыток массы тела, ожирение.

L. R. Zagidullina, L.J. Abdullina, E.K. Karanova, G.T. Latipova, S.A. Altapova

PHYSICAL DEVELOPMENT DEVIATION OF SCHOOLCHILDREN

The Department of children's diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the physical development of 6-18 years old schoolchildren of general education school is presented in the article. We investigated the basic morphological indicators of physical development: length, weight and Body Mass Index. The level of physical development is assessed. A significant portion of schoolchildren were recorded to have normal length and weight. Major manifestations of deviation of physical development were connected with excessive body weight and obesity.

Keywords: physical development, schoolchildren 6-18 years, age groups, excessive body weight, obesity.

Актуальность. Физическое развитие является важнейшим показателем состояния здоровья детей. На показатели физического развития влияют целый ряд эндогенных и экзогенных факторов, включая социально-экономические условия, особенности питания и образа жизни, а также уровень медицинского обслуживания детского населения [1]. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества детей, имеющих отклонения в физическом развитии [3,4]. Динамическое наблюдение за физическим

развитием в ходе проведения профилактических осмотров является одним из информативных методов выявления ранних отклонений в состоянии здоровья детей разных возрастно-половых групп [7,8].

Целью работы являлось изучение различных вариантов нарушения физического развития у школьников города Уфа.

Материалы и методы. В 2015-2016 учебном году было проведено изучение физического развития 5561 школьников в возрасте от 7 до 18 лет, проживающих в городе Уфа. Среди обследованных мальчиков и девочек было примерно равное количество: 2810 (50,5 %) мальчиков и 2751 (49,5 %) девочек.

Формирование возрастных групп осуществлялось по общепринятой методике [5]. Фактический материал для исследования был собран методом поперечного сечения с соблюдением правил биоэтики и подписанием протоколов добровольного информированного согласия родителями учащихся школ. В ходе работы использовались клиничко-anamnestический и антропометрический методы исследования. Антропометрия включала измерение роста и массы. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался путем деления массы тела (кг) на квадрат роста (m^2).

Оценку физического развития проводили с использованием референтных таблиц стандартных отклонений (SD) и центильных таблиц распределения роста, массы тела и ИМТ в зависимости от возраста и пола для детей 5–19 лет [2,5,8].

Для расчета статистических показателей использовали электронные таблицы и статистическое приложение к программному пакету Excel Microsoft Office 2007.

Результаты и обсуждение. В ходе изучения физического развития у 1148 школьников (26,04 %) выявлены различные варианты расстройств питания (таблица 1).

Таблица 1

Варианты расстройств питания у школьников г. Уфа

№ п/п	Варианты расстройств питания	Все дети		Мальчики		Девочки	
		абс. количест во	%	абс. количест во	%	абс. количест во	%
1	Норма	4113	73,96	1979	70,43	2134	77,57
2	Избыток массы	826	14,85	457	16,26	369	13,41
3	Ожирение I степени	252	4,53	164	5,84	88	3,20
4	Ожирение II степени	95	1,71	68	2,42	27	0,98

5	Ожирение III степени	52	0,94	33	1,17	19	0,69
6	Ожирение IV степени	15	0,27	10	0,36	5	0,18
7	Дефицит массы тела I степени	164	2,95	76	2,70	88	3,20
8	Дефицит массы тела II степени	33	0,59	16	0,57	17	0,62
9	Дефицит массы тела III степени	11	0,20	7	0,25	4	0,15
10	Всего	5561	100	2810	100	2751	100

У 1240 детей и подростков выявлен избыток массы тела или ожирение (22,29 %), из них 826 человек (14,85 %) имели избыточность массы, 414 - страдали ожирением (7,44 %).

Значительно реже встречались другие отклонения физического развития, такие как дефицит массы тела и нарушения роста. Так, недостаточность питания выявлялась лишь в 3,75 % случаев (208 человек), патологическая высокорослость - в 2,70 % (149 человек) и низкорослость - в 1,83 % случаев (103 человека).

Анализ антропометрических данных по половому признаку показал более высокую частоту выявления избытка массы и ожирения у мальчиков: 732 мальчика (26,05 % из числа всех мальчиков) против 508 девочек (18,46 % из числа всех девочек). Соотношения между избытком массы и ожирением внутри групп мальчиков и девочек представлены в таблице 2.

Таблица 2

Избыточность питания и ожирение у школьников г. Уфа в зависимости от пола

№ п/п	Варианты расстройств питания	Мальчики		Девочки	
		абс. количество	%	абс. количество	%
1	Избыток массы	457	16,26	369	13,41
2	Ожирение	275	9,79	139	5,05
3	Всего	732	26,05	508	18,46

Как следует из данных, представленных в таблицах 1 и 2, у мальчиков в сравнении с девочками в 2,5 раза чаще встречалось ожирение II степени (2,42 % против 0,98 %), в 1,7 раза чаще - ожирение III степени (1,17 % против 0,69 %) и в 2 раза чаще - ожирение IV степени (0,36 % против 0,18 % соответственно).

В ходе анализа данных таблицы 3 выявлены некоторые интересные тенденции. В возрасте 6 и 16 лет избыток массы тела встречался примерно в 2,5 раза чаще у девочек, чем у мальчиков (0,54 % против 0,22 % и 5,69 % против 2,41 % соответственно). В 10 и 13 лет имела место противоположная тенденция – чуть более чем в 1,5 раза распространённость избыточности питания была выше среди мальчиков, чем среди девочек (15,54 % против 8,40 % и 12,04 % против 7,59 % соответственно).

Таблица 3

Частота избыточности питания в различных возрастных группах школьников г. Уфа

№ п/п	Возраст, годы	Все дети		Мальчики		Девочки	
		Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
1	6	3	0,36	1	0,22	2	0,54
2	7	54	6,54	32	7,00	22	5,96
3	8	106	12,83	53	11,60	53	14,36
4	9	101	12,23	60	13,13	41	11,11
5	10	102	12,35	71	15,54	31	8,40
6	11	118	14,29	56	12,25	62	16,80
8	13	83	10,04	55	12,04	28	7,59
7	12	81	9,80	43	9,40	38	10,30
9	14	63	7,63	36	7,88	27	7,32
10	15	54	6,54	23	5,03	31	8,40
11	16	32	3,87	11	2,41	21	5,69
12	17	18	2,18	11	2,41	7	1,90
13	18	11	1,33	5	1,09	6	1,63
14	Всего	826	100	457	100	369	100

Согласно данным таблицы 4, в возрасте 6, 14 и 16 лет ожирение встречалось примерно в 2 раза чаще у девочек, чем у мальчиков (2,16 % против 0,00 %, 10,07 % против 4,36 % и 6,47 % против 2,90 % соответственно). В 12 и 13 лет, наоборот, частота ожирения приблизительно в 2 раза была выше среди мальчиков, чем среди девочек (14,18 % против 7,40 % и 5,09 % против 2,16 % соответственно).

Таблица 4

Распространенность ожирения в различных возрастных группах школьников г. Уфа

№ п/п	Возраст, годы	Всего детей		Мальчики		Девочки	
		Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
1	6	3	0,73	0	0	3	2,16
2	7	30	7,31	21	7,64	9	6,47
3	8	72	17,56	44	16,00	28	20,14
4	9	54	13,17	39	14,18	15	10,79
5	10	57	13,90	38	13,81	19	13,67
6	11	50	12,20	35	12,73	15	10,79
7	12	49	11,95	39	14,18	10	7,19
8	13	17	4,15	14	5,09	3	2,16
9	14	26	6,34	12	4,36	14	10,07
10	15	18	4,39	13	4,73	5	3,60
11	16	17	4,15	8	2,90	9	6,47
12	17	9	2,20	7	2,55	2	1,44
13	18	8	1,95	5	1,82	3	2,16
14	Всего	414	100	275	100	139	100

У школьников г. Уфа существенные половозрастные различия в частоте встречаемости различных степеней недостаточности питания и всех видов нарушений роста выявлены не были.

Заключение и выводы. Согласно полученным данным наиболее распространённым вариантом нарушения физического развития школьников г. Уфа является избыточность массы тела и ожирение (22,29 %). Установлено, что соотношение детей с избытком массы тела и ожирением составляет 2:1.

Анализ антропометрических данных по половому признаку показывает более высокую частоту выявления избытка массы и ожирения у мальчиков. При этом у мальчиков в сравнении с девочками примерно в 2-2,5 раза чаще встречается ожирение II - IV степени.

Изучение распространённости избыточности питания и ожирения в различных половозрастных группах позволило выявить периоды детства, когда частота избыточности и ожирения оказывается выше у девочек, чем у мальчиков (6 и 16 лет - для избытка и 6, 14 и 16 лет – для ожирения).

Другие отклонения физического развития, такие как дефицит массы тела, нарушения роста встречаются у школьников г. Уфа значительно реже. Так, патология роста выявляется

лишь у 4,53 %, недостаточность питания - у 3,75 % школьников. При этом отсутствуют какие-либо существенные половозрастные различия.

Литература

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. – 216 с.
2. Малиевский О.А. Выявление эндокринных заболеваний при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних // Методическое пособие. – М.: Практика, 2015. – 40 с.
3. Ожирение в детском возрасте / Под ред. В.А. Петерковой, О.В. Ремизова // Ожирение и метаболизм. – 2004. – №1. – С. 17–23.
4. Пропедевтика детских болезней: учебник / Под ред. В.В. Юрьева, М.М. Хомича. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2012. – 720 с.
5. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / Под ред. И.И. Дедова и В.А. Петерковой. – М.: Практика, 2014. - 442 с.
6. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации /Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. // Сб. мат-лов (выпуск VI). - М.: ПедиатрЪ, 2013. - 192 с.
7. Ямпольская Ю.Л. Физическое развитие в исследованиях НИИ гигиены детей и подростков. Подходы к стандартизации исследований и оценки. Физическое развитие детей и подростков во второй половине XX века.- М., 2003. – 39 с.
8. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents / M. De Onis, A.W. Onyango, E. Borghi, B. Siyam, S. Nishida, J. Siekmann // *Bull. World Health Organ.* – 2007. – Т. 85. – Р. 660–667.

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК-616.314-088.23(470.57)(02)

А.Р.Хасанов, М.Б. Убайдуллаев

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ.

**Кафедра Хирургической стоматологии, Башкирский государственный
медицинский университет (Уфа, Россия)**

Актуальность. В данной работе проведен анализ распространенности среди населения различных форм тройничной невралгии, отражены основные этиологические факторы ее возникновения, определены среднестатистические показатели.

Ключевые слова: идиопатическая невралгия, локализация по сторонам поражения, причины боли

A.R.Khasanov , M.B. Ubaydullaev

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF VARIOUS FORMS OF TRIGEMINAL NEURALGIA

Department of Surgical Dentistry

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Abstract. In this work the we analyze the prevalence in the population of various forms of trigeminal neuralgia. Also the main etiological factors of its origin are defined average indicators are reflected.

Key words : idiopathic neuralgia , localization on the affected side , the pain causes

Актуальность: Невралгия тройничного нерва одна из самых распространённых лицевых болей, относится к числу наиболее устойчивых болевых синдромов. Чаще всего возникает у лиц старше 40 лет, также может сопровождать течение рассеяного склероза у лиц молодого возраста. Высокая резистентность тригеминальной невралгии к традиционным методам обезболивания, нарушение работоспособности, постоянная тревога, ожидание пароксизма болей, депрессии и делают эту проблему особенно актуальной. [6] В современной практике врача стоматолога нередко больные обращаются с болями в зубочелюстной области неodontогенной природы. В последующем тщательный сбор анамнеза, установление этиологических факторов позволяет врачу стоматологу поставить диагноз тройничной невралгии и направить больных в профильное лечебное учреждение. Тригеминальная невралгия — заболевание, характеризующееся возникновением

приступообразной, обычно односторонней, кратковременной, острой, резкой, интенсивной, напоминающей удар электрическим током, боли в области иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Чаще всего поражение возникает в зоне II и/или III ветви и крайне редко — I ветви n. trigeminus. [5]

Целью исследования является определение основных причин возникновения, частоты заболевания и распространённости тригеминальной невралгии.

Методы исследования: Исследование основано на клинических данных Неврологического отделения РКБ им.Куватова за 2015 год, отечественной и зарубежной литературы.

Критерии для исследования:

- Возраст
- Пол
- Сопутствующие заболевания
- Локализация
- Основные причины заболевания

Статистические данные

В среднем статистически заболеваемость тройничной невралгией составляет 40-50, по другим данным и до 70, человек на 100000 населения.

При этом, каждый год регистрируется 4-5 новых случаев заболевания на 100000 населения.

Половые различия

Тройничная невралгия чаще поражает прекрасную половину человечества. У женщин частота невралгии тройничного нерва составляет 5 случаев на 100000 населения, у мужчин значительно реже — 3 случая на 100000 населения. Дентальная плексалгия у женщин встречается в 2 раза чаще чем у мужчин.

В большинстве случаев встречается так называемая идиопатическая невралгия тройничного нерва, характеризующаяся спонтанным возникновением без видимой «на глаз» причины. [1]

При последующем исследовании определяется компрессия тройничного нерва близлежащими сосудами: у 85 человек артериальная компрессия (верхнемозжечковая артерия), у 13 человек венозная компрессия, у 68 - смешанная

Причиной изменения сосудов может быть анатомическая особенность сосудов, аневризмы сосудов, артериальная гипертензия, закупорка сосудов склеротическими бляшками. 3 основных фактора способствующие развитию тройничной невралгии:

1. Соматический фактор (сахарный диабет, рассеянный склероз, гипертоническая болезнь, опухоли и др.) до 80% случаев
2. Воспалительные процессы ЧЛЮ (кариес зубов и его осложнения, заболевания пародонта, гаймориты)
3. Травматические факторы (травма нерва при сложном удалении зубов, повреждение нервного ствола при проведении анестезии)

Локализация невралгии по сторонам поражения – это как правило:

Правостороннее поражение - отмечается в 60% случаев

Левостороннее в 39% случаев

Поражение обеих сторон в 1% случаев

Сопутствующая патология

В семи процентах случаев заболевания тройничная невралгия встречается у больных с рассеянным склерозом. Как правило у лиц молодого возраста.

В 1% случаев у больных тройничной невралгией выявляются онкологические заболевания. Также тройничная невралгия может быть симптомом: герпетической инфекции(крайне редко), расстройств эндокринной системы, психогенных расстройств

Локализация тройничной невралгии по ветвям весьма разнообразна, но как правило в большинстве случаев иррадиация болей наблюдается по ходу второй и третьей ветви *pervi trigemini* (до 48%)

Первые тройничная невралгия может возникнуть без видимой причины (в 34% случаев) Может быть связана с лечением зубов в 27% случаев, 17% связаны с испытыванием отрицательных эмоций, 22% это различные причины такие как переохлаждение, травмы чло, инфекции.

Преимущественно возраст страдающих тройничной невропатией колеблется от пятидесяти лет и старше

Лечение. Консервативные методы:

-Наиболее эффективным лекарством в лечении тригеминальной невралгии является карбамазепин. Он инактивирует натриевые каналы, тем самым снижает возбудимость нейронов. Суточная дозировка препарата 600-1200 мг. Некоторые побочные эффекты ограничивают применение препарата у пожилых людей

-По эффективности второе место занимает фенитион в дозе 250 мг/сут.(при сильных болях вводится в/в)

-Баклофен. Лучше комбинировать с карбамазепином, лечение начинают с дозы 5 мг внутрь 3 р.д., повышают её на 5 мг/сут каждые 3 дня.

-Также возможно применение Габапентина, Ламотриджина, антидепрессантов

Хирургические методы лечения:

1. Микроваскулярная декомпрессия (между нервом и сосудом интимно прилегающим к тройничному нерву укладывается протектор, который защищает нерв от воздействия сосуда) облегчение боли сразу после оперативного лечения происходит у 85 - 99% пациентов. [2]

-Преимущество – не разрушаются волокна нерва

-Недостаток – необходимость трепанации черепа

2. Чрезкожная тригеминальная ризотомия. В ходе данной процедуры производят разрушение чувствительных волокон тройничного нерва:

А) Радичастотная термокоагуляция

Б) Инъекция стерильного кипятка, глицерина

В) Криодиструкция

Г) механическая травма путём раздувания катетера Фогарти

3. Стереотаксическая радиохирургия

Процедура включает координационного облучение (70-90 Гр). Эффект от лечения может наступать в течении 8 месяцев, что является недостатком метода по сравнению с вышеописанными методиками.

Из всего вышесказанного можно сделать Выводы:

1. Тройничная невралгия чаще поражает правую сторону
2. Чаще встречается сочетанное поражение II и III ветвей
3. Преобладающей формой является идиопатическая невралгия, основной причиной которой служит компрессия нерва верхней мозжечковой артерией
4. Первый пароксизм может возникать без видимой причины
5. Наиболее распространённый возраст больных тройничной невралгией 60-70 лет

Литература

1. Вейн А.М., Данилов А.Б. Болевые синдромы в неврологической практике –М.: «МЕДпресс-информ», 2011. -348с.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия. Том 1. 4-е издание -М.: "ГЭОТАР МЕДИА" 2015. -451с.
3. Одинак М.М. Нервные болезни –СПб.: «Издательство ВМА им.Кирова» 2014г., 430с.
4. Скоромец А.А. Черепные нервы. Функция и дисфункция –М.: «Издательство Панфилова», 2013г., 266с.

5. http://medbe.ru/materials/bol/trigeminalnaya-nevralgiya/?PAGEN_2=2
 6. http://www.24farm.ru/nevrologiya/ideopat_nevralgia_troin_nerva/
- УДК 616.31;616-053.2(04)

А.Х.Насибуллина

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У
ДЕТЕЙ ЗА 2014-2015 ГГ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РДКБ Г.УФА**

**Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Одной из актуальных проблем современной хирургической стоматологии является острая одонтогенная инфекция, так как существенное количество пациентов ЛПУ стоматологического профиля занимают больные с одонтогенными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вследствие того, что увеличивается распространенность данного заболевания, происходит значительное увеличение временной нетрудоспособности населения, а иногда даже приводит к инвалидности данной категории пациентов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания ЧЛО у детей

А.Н.Nasibullina

**INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLOFACIAL AREA CHILDREN IN 2014-2015,
ACCORDING GBUZ RCCH UFA .**

Department of pediatric dentistry and orthodontics with a course of IDPO

Bashkir state medical university, Ufa

Resume: One of the urgent problems of modern surgical dentistry is an acute odontogenic infection, as a significant number of patients the health facilities of dental profile is patients with odontogenic diseases of the maxillofacial region. Due to the fact that increasing prevalence of this disease, there is a significant increase in temporary disability of the population, and sometimes even leads to disability in this category of patients

Keywords: inflammatory diseases of maxillofacial area in children

Актуальность: Одной из актуальных проблем современной хирургической стоматологии является острая одонтогенная инфекция, так как существенное количество пациентов ЛПУ стоматологического профиля занимают больные с одонтогенными заболеваниями челюстно-лицевой области[1]. Несмотря на то, что удалось добиться успехов в лечении острых одонтогенных заболеваний, осложнения и летальность продолжает оставаться высокой и это свидетельствует о необходимости ранней диагностики, планирования оптимального лечения и прогноза для жизни. В сфере амбулаторной хирургической стоматологии уделяют повышенное внимание

данной патологии, поскольку пациенты с воспалительной патологией зубочелюстной системы, обращающиеся за помощью на поликлиническом этапе, составляют 40-60% (в сфере амбулаторной хирургической стоматологической практики)[2]

Вследствие того, что увеличивается распространенность данного заболевания, происходит значительное увеличение временной нетрудоспособности населения, а иногда даже приводит к инвалидности данной категории пациентов.

Увеличение числа больных обусловлено ростом количества осложнений кариеса, повышением уровня иммунодефицитных состояний, а также повышением вирулентности условно-патогенной микрофлоры [3]

Целью нашей работы является изучение этиологии, патогенеза, классификации и диагностики острой одонтогенной инфекции у детей, находившихся на лечении с данной патологией в отделении ЧЛХ ГБУЗ РДКБ г.Уфа и провести сравнительный анализ распространения заболевания за 2014-2015 годы.

Задачи:

-Изучить актуальность проблемы;

-Представить мониторинг воспалительных заболеваний у детей по данным ЧЛЮ ГБУЗ РДКБ г.Уфа за 2014-2015гг.

Материалы и методы исследования:

Нами проведен обзор литературы по данной теме за 1986-2010 гг. Проведен анализ больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РДКБ г.Уфа в 2014-2015гг. Анализ распространенности проводился в ГБУЗ РДКБ ЧЛЮ г.Уфа среди детей от 9 мес до 17 лет.

Острый одонтогенный гнойный периостит чаще встречается в сменном прикусе. Периостит чаще всего возникает с вестибулярной стороны альвеолярного отростка (около 85%).

За период 2014-2015 года в челюстно-лицевую хирургию ГБУЗ РДКБ обратилось в 2014 год 88 человек, в 2015 году 100 человек(35,1 % от общего числа), которым был поставлен диагноз острый периостит, что составило прирост к предыдущему году 17,8%(рис.1)

Периостит челюстей чаще всего (70—80% случаев) развивается в результате обострения хронического воспалительного процесса в периодонте. Продукты метаболизма, а также токсины микроорганизмов из очагов воспаления в периодонте распространяются через лимфатическую систему[4].

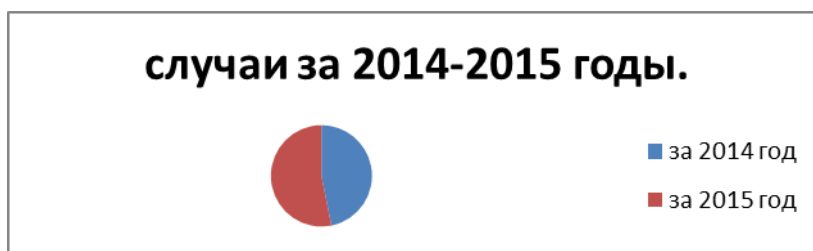


Рис 1.Случаи заболеваемости острым одонтогенным периоститом верхней и нижней челюсти зарегистрированных у детей, находившихся на лечении в ГБУЗ РДКБ г.Уфа за 2014-2015 гг.

За 2014 год с диагнозом острый одонтогенный гнойный периостит верхней челюсти поступило в стационар ГБУЗ РДКБ г.Уфа 51 человек, острый одонтогенный гнойный периостит нижней челюсти 36 человек, зафиксирован 1 случай острого серозного периостита верхней челюсти и 1 острого серозного периостита нижней челюсти.

За 2015 год с диагнозом острый одонтогенный гнойный периостит верхней челюсти поступило 64 пациента, с диагнозом острый одонтогенный гнойный периостит нижней челюсти 35 человек, 1 человек поступил с диагнозом острый серозный периостит верхней челюсти(рис.2)

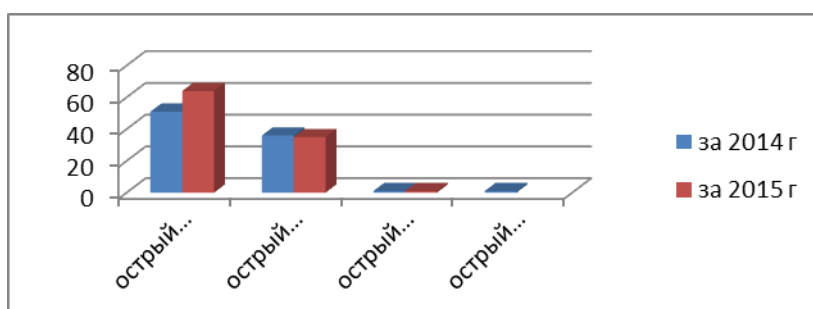


Рис 2.Случаи заболеваемости острым одонтогенным гнойным и серозным периоститом верхней и нижней челюсти зарегистрированных у детей, находившихся на лечении в ГБУЗ РДКБ г.Уфа за 2014-2015 гг.

Среднее продолжительность пребывания детей в стационаре 7-8 дней.

За 2014-2015 годы поступило всего 188 человек: из них 113 из Уфы, 74 из районов Республики Башкортостан, 1 иногородний. С данной патологией преобладающее большинство приходилось на мальчиков(102) девочек же всего(86).

У детей раннего возраста очень редко наблюдался одонтогенный лимфаденит, чаще наблюдался, как следствие инфекционного заболевания.

У подавляющего большинства детей наблюдалось перенесенное инфекционное заболевание в недавнем времени.

Лимфадениты чаще всего встречаются у детей от 1 до 6 лет , что по нашим исследованиям составляют около 53% случаев. После 6 лет подавляющее большинство

случаев заболевания приходится уже на одонтогенный лимфаденит[5].А у взрослых напротив чаще наблюдается одонтогенный лимфаденит, либо вследствие специфических заболеваний.

За период 2014-2015 года в челюстно-лицевую хирургию ГБУЗ РДКБ обратилось в 2014 год 21 человек, в 2015 году 32 человек(7% от общего числа), которым был поставлен диагноз острый лимфаденит одонтогенного и стоматогенного характера, что составило прирост

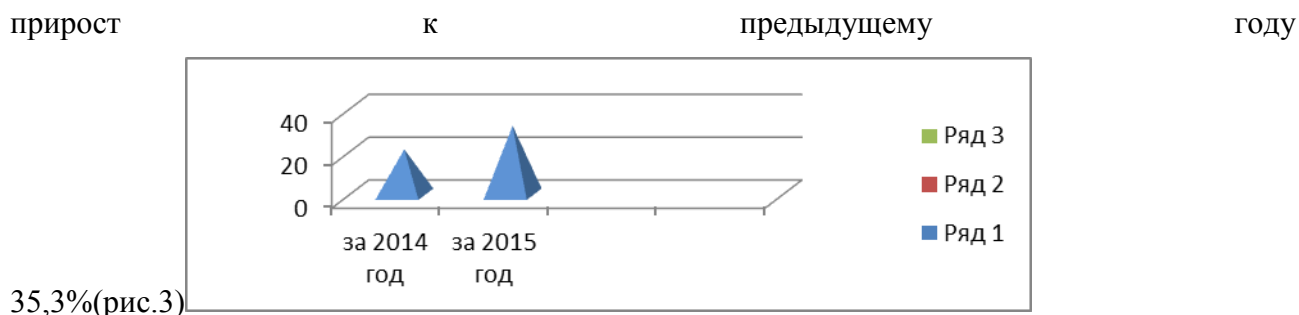


Рис 3.Случаи заболеваемости острым лимфаденитом одонтогенного и стоматогенного характера, зарегистрированных у детей, находившихся на лечении в ГБУЗ РДКБ г.Уфа за 2014-2015 гг.

Основные задачи при лечении острых периоститов у детей:

- 1)Прервать дальнейшее распространение инфекции в костные ткани, добиться выздоровления ребенка.
- 2)Предупредить осложнения.
- 3)Предупредить возможный рецидив заболевания.
- 4)Провести адекватную реабилитацию ребенка, с помощью профилактики и адекватного лечения деформации кости.
- 5)В целях предупреждения развития вторичных деформаций зубного ряда и челюстей,провести протезирование зубного ряда.

Лечение общепринятое.Вскрытие абсцесса с последующим дренированием раны и одновременное удаление "причинного" зуба, если зуб молочный. В случае с постоянными зубами, удалению подлежат зубы только по абсолютным показаниям.

При данном заболевании необходима госпитализация ребенка в стационар. После проведения периостомии необходима комплексная медикаментозная терапия.

Таким образомвоспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются серьезной патологией, которая имеет большую распространенность и тенденцию к росту. В связи с этим необходима профилактика. Так профилактикой острого одонтогенного периостита челюстей является своевременноеи правильное лечение кариеса как постоянных, так и временных зубов, а так же рациональная гигиена полости рта и правильное питание, с умеренным потреблением углеводов.Профилактика лимфаденита одонтогенного и

стоматогенного характера состоит из своевременного лечения кариеса зубов и его осложнений, устранения неodontогенных источников инфекции, лечения травматических повреждений слизистой оболочки рта и кожи лица, повышения резистентности организма у детей.

Литература

- 1) Тер-Асатуров Г.П., , 2005; Робустова Т.Г., 2007; Долгушин И.И., 2009; Кабанова С.А., 2009
- 2) Шарюродский А.Г. с соавт., 1996, Дмитриева НА., 1993
- 3) Биберман Я. М. и соавт., 1985; Робустова Т. Г. и соавт., 1991; Ушаков Р. В. и соавт, 1991, 1993, 1999; Хазанова В. В. и соавт., 1994; Бажанов Н. Н. и соавт., 1996,2002; Удаляюва Н. А., 1999; Балин В. Н. и соавт, 2001
- 4) И.Ф.Ярошенко с соавт., 1989;Е.Н.Ehrman, 1986
- 5) Л.В.Харьков, Л.Н.Яковенко, И.Л.Чехова Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Под ред. Проф. Л.В.Харькова. – М.: Книга плюс, 2005. – 472 с

УДК 616.314-002:613.62(04)

А.А. Трофимчук, О.А. Гуляева, Д.В. Гареева

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У
РАБОТНИКОВ ГОРНО-ОБОГАТИТЕЛЬНЫХ КОМБИНАТОВ**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, автономное учреждение здравоохранения «Республиканская стоматологическая поликлиника, г. Уфа, Россия

Резюме. Целью исследования стало изучение состояния твердых тканей зубов у работников горно-обогатительных комбинатов, занятых добычей и переработкой медно-цинковых руд. Проведено комплексное стоматологическое обследование 623 рабочих и контрольной группы из 255 человек. Проанализировав зависимость состояния твердых тканей зубов от стажа и степени контакта с производственными факторами у рабочих горно-обогатительных комбинатов выяснили, что высокую распространенность заболеваний твердых тканей зубов, обусловленную профессиональной вредностью, имеет прямую корреляционную взаимосвязь от времени и степени контакта с вредными факторами.

Ключевые слова: заболевания твердых тканей зубов, вредные производства, горно-обогатительные комбинаты, рабочие

A.A. Trofimchuk, O.A. Gulyaeva, D.V. Gareeva

**PREVALENCE AND INTENSITY OF CARIES OF TEETH AT WORKERS OF
MINING AND PROCESSING ENTERPRISES**

State budget institution of higher professional education «Bashkir state medical university»
Ministry of Health of the Russian Federation,

autonomous healthcare institution “Republican stomatologic polyclinic”, Ufa, Russia

Abstract. The aim of the study was to study the status of hard dental tissues in workers of ore mining and processing enterprises engaged in the extraction and processing of copper-zinc ores. Conducted a comprehensive dental examination 623 workers and a reference group of 255 people. After analyzing the dependence of the condition of hard tissues of teeth on the experience and extent of exposure to occupational factors among workers of mining and processing plants found that high prevalence of diseases of hard tissue of teeth due to occupational exposures, has a direct correlation to the time and extent of exposure to harmful factors.

Key words: diseases of hard tissues of teeth, harmful production, processing plants, workers

Актуальность: В настоящее время уровень стоматологической заболеваемости населения России крайне высок - в отдельных регионах кариозная пораженность твердых тканей зубов превышает 90% [2]. В то же время именно качество стоматологических услуг чаще всего вызывает нарекания со стороны населения [2,3], в связи с чем повышение эффективности стоматологической помощи является насущной задачей отечественного здравоохранения.

Важную роль в повышении эффективности стоматологической помощи играет своевременное выявление и качественное лечение выявленной патологии. Раннее выявление стоматологических заболеваний во многом зависит от своевременности обращения больных к врачам-стоматологам, осознания ими важности проблемы состояния своих зубов.

В процессе интенсивного развития промышленности изучение роли вредных и сопряженных с риском для здоровья факторов производственной среды является своевременным и очень важным. Ведь неблагоприятные условия труда способствуют формированию различных патологических процессов в организме человека. Длительное влияние комплекса производственных факторов одновременно с ухудшением здоровья работающих, как правило, может привести к патологическим изменениям слизистой оболочки полости рта, заболеваниям пародонта, твердых тканей зубов [4].

По данным большинства исследований выявлено, что комплекс профессионально-производственных факторов способствует развитию хронических заболеваний полости рта, таких как воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта [4,6,7,8], тканей пародонта [4,7], кариозные и некариозные поражения твердых тканей зубов [1,4]. Основное влияние производственных факторов проявляется через загрязнение воздуха, спецодежды, кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, которое происходит в результате несовершенства технологических процессов или несоблюдения техники безопасности.

Ротовая полость, по данным многих исследователей, играет особую роль в восприятии окружающей среды, а состояние органов полости рта является информативным показателем, отражающим динамику изменения состояния организма человека, реагирующего на воздействие антропогенных факторов окружающей среды. Поэтому особую актуальность приобретают исследования изучения влияния производственных факторов на заболевания твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта среди работников, занятых добычей медно-цинковых руд. Основными вредными факторами, на этих предприятиях являются производственный шум, вибрации, неблагоприятные параметры микроклимата, загрязнение воздуха рабочей зоны рудничной пылью и вредными веществами и тяжесть труда, отсутствие естественного освещения. Установлено, что

вредные условия труда оказывают негативное влияние на состояние здоровья этих рабочих, и обуславливают у них опережающий рост развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, мозговых инсультов, остеопений [5]. Влияние вредных факторов рабочей среды у работников горно-обогатительных комбинатов (ГОК) на твердые ткани зубов недостаточно. Это говорит о необходимости изучения их стоматологического статуса.

Цель исследования: является проведение стоматологического обследования работников горно-обогатительного комбината для выявления распространенности и интенсивности кариеса зубов, индекса гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования: проведено комплексное стоматологическое обследование 623 рабочих мужского пола Учалинского горно-обогатительного комбината, занятых добычей медно-цинковых руд подземным способом в возрасте от 18 до 60 лет и контрольной группы из 255 человек, не имеющих профессиональной вредности, аналогичной по возрастно-половому признаку.

В результате обследования основная группа, в зависимости от стажа, разделена на 4 группы:

1-я группа - работники со стажем от 0 до 5 лет (159 человек);

2-я группа - со стажем от 5 до 10 лет (159 человек);

3-я группа - от 10 до 15 лет (108 человек);

4-я группа - более 15 лет (197 человек).

Стоматологическое обследование включало опрос, сбор анамнеза, осмотр, определение индекса КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов) и индекса Грин-Вермильона (Green J.C., 1964) для количественной оценки уровня гигиены полости рта. Для оценки результатов были использованы рекомендации ВОЗ для этой возрастной группы. Для статистической обработки данных использовались методы вариационной статистики.

Результаты и обсуждение: по данным стоматологического обследования работников горно-обогатительного комбината выяснилось, что распространенность кариеса составила 100%. Интенсивность кариозного процесса в основной группе КПУ составила $11,91 \pm 0,58$ (средний уровень), в контрольной – $9,06 \pm 0,54$ (средний), ($p < 0,01$). В зависимости от длительности контакта с вредными производственными факторами, индекс КПУ, по мере увеличения стажа работы увеличивается: в первой группе интенсивность кариеса по ВОЗ составила $9,7 \pm 1,04$ (от 0 до 5 лет), во второй - $10,6 \pm 1,02$ (от 5 до 10 лет), в третьей - $13,1 \pm 1,31$ (от 10 до 15 лет) и в четвертой - $14,09 \pm 1,04$ (> 15 лет) (рис.1).

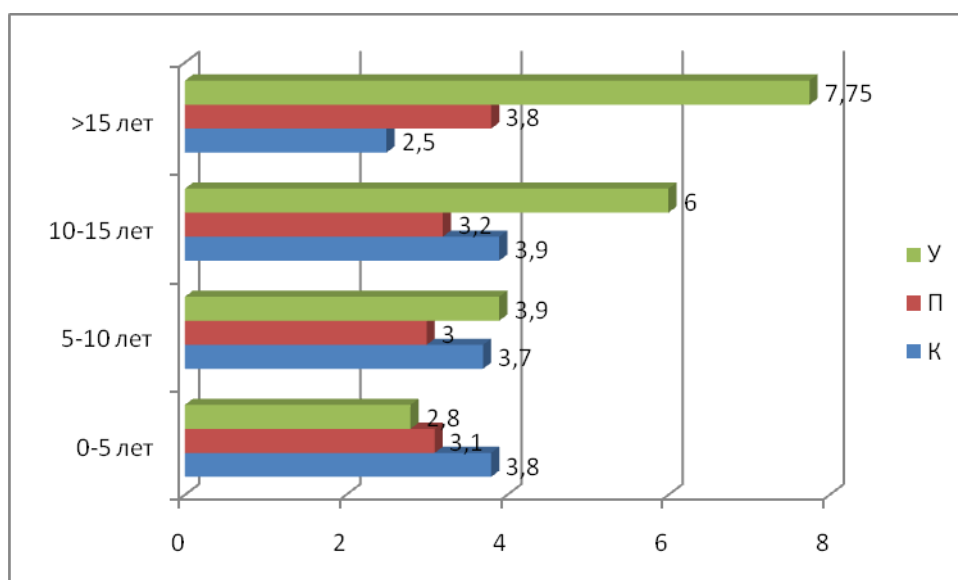


Рис. 1. Значения компонентов индекса КПУ в зависимости от длительности контакта с вредными факторами.

В результате исследования выяснилось, что количество удаленных зубов растет с увеличением стажа работников. Так, у работников со стажем от 0 до 5 лет, компонент «У» составляет $2,8 \pm 0,6$, от 5 до 10 лет - $3,9 \pm 0,7$, от 10 до 15 лет $6 \pm 1,1$, более 15 лет $7,75 \pm 1,04$ (рис. 2).

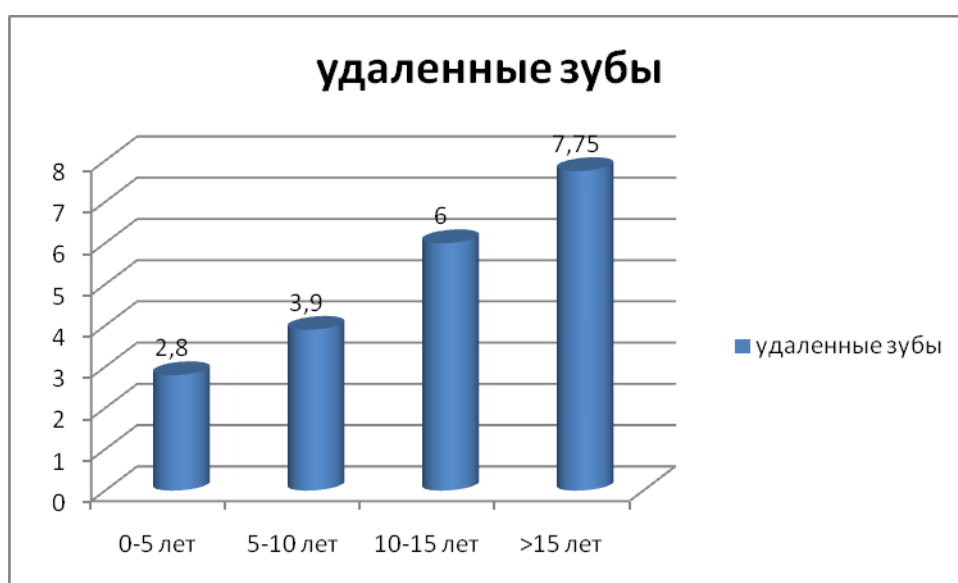


Рис. 2. Взаимосвязь количества удаленных зубов от длительности контакта с вредными производственными факторами.

Удаленных зубов в основной группе в 3 раза больше, чем в контрольной ($p < 0,01$), зубов, которые подлежат удалению, в 3,5 раза больше ($p < 0,01$). Это подтверждает влияние вредной производственной среды на развитие кариозного процесса и говорит о необходимости проведения профилактических мероприятий.

При анализе уровня гигиены в основной группе индекс ОНІ-S показал следующие результаты: $3,25 \pm 0,12$ (высокий уровень) обследуемых, а в контроле – $2,44 \pm 0,15$ (средний) ($p < 0,01$). Индекс гигиены от стажа работников не зависит и составляет высокий уровень. Это говорит о плохой гигиене полости рта и неумении работников правильно ее осуществлять.

Заключение и выводы. В результате нашего обследования работников горно-обогатительных комбинатов выяснилось, что интенсивность и распространенность кариеса зубов, индекс гигиены полости рта имеют высокие показатели. Данные исследования говорят о необходимости дальнейшего углубленного обследования для разработки эффективной программы профилактики и диспансеризации работников горно-обогатительных комбинатов.

Литература

1. Аверьянов С.В. Концепция этиологии, патогенеза и профилактики зубочелюстной аномалии у детского населения, проживающие в зоне экологического неблагополучия. - автореферат дисс. доктора мед. наук- Пермь, 2010г- 46с.
2. Буляков Р.Т. Клинико-организационное и экономическое обоснование совершенствования стоматологической помощи сельскому населению Республики Башкортостан: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2011. - 37 с.
3. Галиуллина Э.Ф., Камилов Р.Ф., Шакиров Д.Ф., Буляков Р.Т. Биохимические маркеры воздействия производственных загрязнителей на организм работников резиновой и резинотехнической промышленности // Казанский медицинский журнал, 2013. - №5, том ХСІУ. - С.661-667, 8 с.
4. Кабирова М.Ф. Состояние тканей пародонта у рабочих производства стекловолокна // Уральский медицинский журнал. - 2011. -№14. - С. 116-118.
5. Нургалеев Н.В. Влияние медно-цинковых колчеданных руд на метаболизм костной ткани. - автореферат дис. канд. мед.наук: Челябинск, 2013, 23с.
6. Салыхова Г.А. Клинико-лабораторная характеристика состояния полости рта у лиц, контактирующих с ртутью в производственных и непроизводственных условиях. - автореферат дис. канд. мед.наук: Уфа, 1999, 23с.
7. Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Стоматологический статус рабочих производства хлорорганических гербицидов // Институт стоматологии. – 2003. - № 1 (18), 2 с. (42-43)
8. Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Обоснование профессиональной обусловленности заболеваний слизистой оболочки полости рта с явлениями дискератоза у рабочих Стоматологический статус рабочих производства хлорфеноксигербицидов // Пародонтология – 2005. - № 2 (35), 2 с. (37-38)

УДК 617.528

К. И. Никифоров, А.С. Никифорова

**ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО ЛОЖА ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ В
ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ПРИ ДРУГИХ ОПЕРАЦИЯХ.**

**Кафедра Челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, Чувашский
государственный университет им. И.Н. Ульянова, медицинский факультет
г. Чебоксары**

Резюме: При выполнении многих операций в хирургии требуется формирование костного ложа. На этом этапе до 30 - 50% послеоперационных осложнений обусловлены остеоллизом вокруг конструкций, что обусловлено высокой степенью повреждения костной ткани во время формирования под металлоконструкцию. Считается, что степень повреждения костной ткани во время формирования костного ложа обусловлена, в первую очередь, нагреванием кости. В травматологии – это спицы и шурупы, в имплантологии – мини- и микрошурупы, а также денальные имплантаты. Нами была поставлена задача установить критерии способствующие этому осложнению. Анализ литературы показал: для того чтобы избежать перегревание кости во время сверления необходимо учитывать следующие критерии: технические характеристики инструментов и охлаждение. Без этого невозможно рассчитывать на благоприятный исход операций.

Ключевые слова: остеосинтез ЧЛО, денальные имплантаты, формирование костного ложа, остеоллизис, перегрев костной ткани.

K.I. NIKIFOROV, A.S. NIKIFOROVA

**PROBLEMS OF FORMATION OF THE IMPLANT SITE WITH OSTEOSYNTHESIS IN
ORAL AND MAXILLO-FACIAL AREA AND OTHER OPERATIONS.**

**Department of oral and maxillo-facial surgery and surgical dentistry, faculty of
medicine**

Chuvash state University named after I.N. Ulyanova , Cheboksary

Abstract: Currently, in medicine, uses a variety of fixing metal structures. In Traumatology is needles and screws in implantology-mini and mikrošurupy, as well as dental implants. When applying these fixers frequent complication is osteolizis around the structure, which is a consequence of the high degree of bone damage due to heat. According to the literature information proved that unfavorable temperature background that is created when you install the fastener affects the humoral and cellular reactions in bone. At temperatures above 41° with blood vessels, blood, fat cells and bone beams begin to undergo significant changes, and heating of the bone until 52° c leads to a permanent stop blood flow and tissue necrosis. When working in the bone is extremely safe temperature is up to 47° c.

Keyword: osteosynthesis in oral and maxillo-facial area, dental implants, formation of the implant site, osteolysis, bone overheating.

Актуальность:

В настоящее время в медицине, используется множество фиксирующих металлических конструкций. В травматологии – это спицы и шурупы, в имплантологии – мини- и микрошурупы, а также дентальные имплантаты. При применении этих фиксаторов частым осложнением является остеолитический процесс вокруг конструкции, что является следствием высокой степени повреждения костной ткани из-за нагревания. По литературным сведениям доказано, что неблагоприятный температурный фон, создаваемый при инсталляции фиксатора негативно влияет на гуморальные и клеточные реакции в кости. При температуре выше 41°C кровеносные сосуды, ток крови, жировые клетки и костные балки начинают претерпевать значительные изменения, а нагрев кости до 52°C приводит к перманентной остановке кровотока и некрозу тканей. При работе в кости предельно безопасной является температура до 47°C. Так же при превышении порога давления на костную ткань (2мПаc/см²) возникает ее резорбция, что отрицательно влияет на процессы регенерации.[1, 2, 3]

Цель исследования:

Составить алгоритмы выполнения операций в которых присутствует формирование костного ложа, с учетом проблемы остеолитического процесса в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы:

Спицы.

Требования к спицам для операции при чрезкостном остеосинтезе в ЧЛЮ.

Спицы должны быть прямолинейной формы, достаточно упругими и не ломкими, с хорошо отшлифованной поверхностью. При установке спиц в ЧЛЮ большее преимущество имеет перовая заточка, т.к. в этих костях имеется достаточно тонкий кортикальный слой окружающий высокоразвитый губчатый слой.

Техника операции при чрезкостном остеосинтезе:

1. Выбирается направление спицы и прокалываются мягкие ткани до упора с костью.
2. Затем спицу проводят через оба кортикальных слоя кости.

Рекомендуется использовать не более 30-40 об/мин.

Каждые 5 секунд делать паузы на 4—5 секунд, чтобы предотвратить сильный перегрев спицы и ожог кости и мягких тканей,

Постоянно охлаждать спицу, удерживая ее смоченным в 70% спирте шариком.

Избыточное давление на вращающуюся спицу ведет к дугообразному ее искривлению. Для предупреждения сгибания спицы и для сохранения ее траектории ассистент должен поддерживать спицу у места внедрения с помощью влажной марлевой салфетки.

3. После прекращения сверления следует слегка потянуть спицу рукой в обратном направлении. Если она не поддается потягиванию, она проведена правильно.

4. Со спицы снимается направляющее проводящее устройство.

5. Проведение спицы заканчивается не сверлением, а легкими постукиваниями молоточком по ее тупому концу, чтобы избежать ожога тканей, при необходимости ее заклинивании в костях.

6. Конец спицы скусывается и остаток ее погружается под кожу.

7. Спицы удаляются через 1,5-2 месяца.

Каждая спица должна быть проведена через кость правильно и с первой попытки. Нужно следовать правилу: одна спица — одно просверливание.

Дентальные имплантаты.

Этапы формирования ложа при установке дентальных имплантатов:

1. Маркировка места для препарирования.

Используется шаровидная фреза, которой формируют небольшое углубление.

Следует избегать погружения всей рабочей части этого инструмента вглубь компактного слоя, так как шаровидная фреза не рассчитана на препарирование канала в кости и не обеспечивает эффективный отвод костной стружки. Даже при орошении зоны сверления охлаждающим раствором при умеренных скоростях вращения может вызвать перегрев кости.

2. Препарирование направляющего канала в кости.

Используется инструмент диаметром не более 2-2,5 мм. Это может быть: фреза Линденмана или сверло с углом заточки 45 градусов и шагом отводящей костную стружку канавки не более 120 градусов. Препарирование проводится на глубину, соответствующую высоте внутрикостной части имплантата, прерывисто с орошением зоны сверления охлаждающим раствором.

3. Расширение направляющего канала.

Используются свёрла с шагом отводящей канавки до 120 градусов и углом заточки от 45 до 90 градусов, а также свёрла с двумя-тремя прямыми отводящими канавками.

Для расширения направляющего канала применяется градация инструментов по диаметру. Принцип такой градации заключается в следующем: сверло, которым расширяют канал, должно превышать диаметр сформированного канала не более чем на 0,5-1,0 мм. Значение длины сверла не включает 1.0 мм, относящийся к апикальному заострению.

Поэтому при планировании глубины погружения необходимо прибавлять минимум 1.0 мм. Используются возвратно-поступательные движения сверла в течение 2–3 секунд, потом сверло передвигается вверх и наружу (контругловой мотор не останавливается), чтобы охлаждающий раствор вымывал костную стружку. Необходимо продолжать эту процедуру до достижения нужной глубины.

Необходимо использовать сверла с наружным и внутренним охлаждением.

4. Окончательное формирование костного ложа.

Для установки винтовых имплантатов окончательное формирование ложа проводится метчиками, повторяющими размеры и профиль внутрикостной части имплантата.

Введение имплантатов контраугловым наконечником производится при максимальной скорости до 30 об/мин. Обычным наконечником это сделать невозможно, для этого используют физиодиспенсер с наконечником, у которого пониженное передаточное число.

В имплантологии вопрос охлаждения наиболее полностью решен, благодаря использованию сверел с внутренним охлаждением. Сверло с внутренним орошением зоны сверления представляет собой цилиндрическое тело и содержит хвостовик, ограничитель рабочей части в виде кольцеобразного выступа, рабочую часть с желобами и режущими гранями. Внутри цилиндрического тела выполнен канал, по которому подают жидкость для охлаждения обрабатываемой поверхности. Канал имеет переменный диаметр и плавные переходы от меньшего диаметра к большему и обратно. В результате обеспечивается равномерный и постоянный поток охлаждающей жидкости. Значительно снижается вероятность термического повреждения обрабатываемых твердых тканей. Рекомендуемая скорость сверлом с внутренним охлаждением— от 400 до 800 об/мин.

Заключение и выводы:

Для того чтобы избежать перегревание кости во время формирования ложа необходимо учитывать следующие критерии:

- технические характеристики инструментов
- охлаждение.

1. К техническим характеристикам инструментов мы отнесли:

- угол заточки спицы. Оптимальные заточки спиц для ЧЛЮ – это перовая и четырехгранная.

- угол заточки сверла. При формировании направляющего канала в кости использовать сверло с острым углом; а при расширении направляющего канала – сверло с тупым углом.

- скорость вращения спицы 30-40 оборотов в минуту.

- скорость вращения сверла с острым углом около 800 оборотов в минуту, а при использовании сверла с тупым углом – не более 400 оборотов в минуту, но с обязательным охлаждением.

- давление на инструмент. К сожалению, этот показатель регулируется исключительно только рукой хирурга, и каждый врач-имплантолог или челюстно-лицевой хирург обязательно должен чувствовать эту тонкую грань разделяющую перегрев костной ткани от успешного формирования ложа. Каким бы острым не был инструмент и какие бы не были обороты его, без давления просверлить отверстие не получится качественно и точно, с тем исходом которого мы ожидаем. Давление на рабочую часть должно быть умеренным и прерывистым, и тогда мы будем наблюдать намного меньше подобных осложнений.

2. Охлаждение.

В имплантологии используют 2 системы охлаждения: внешнее и внутреннее. Более эффективным является внутреннее охлаждение, так как способствует вымыванию костной стружки из ложа по боковым канавкам сверла в момент препарирования. Этот метод мы считаем недостаточным и советуем применять совместно с внешним охлаждением.

При использовании микро- и минишурупов, а также спиц мы можем использовать только наружное охлаждение ввиду невозможности проведения внутреннего. Поэтому мы предлагаем делать частые паузы при инсталляции фиксатора.

А при установке спиц в кости необходимо часто делать паузы чтобы не перегреть костное ложе, ввиду не возможности внутреннего охлаждения.

Опыт полученный при изучении литературы внедрен в практику хирургами работающие на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФГБОУ ВПО «ЧГУ им.Ульянова», особенно он пригодился при выполнении внутрикостного остеосинтеза при переломе мышечного отростка нижней челюсти.

Литература

1. Голяховский В. Френкель В. [Golyakhovsky V. Frankel V.]
Руководство по чрескостному остеосинтезу методом Илизарова: пер. с англ. М.: БИНОМ, 1999.
2. Иванников С. В. Оганесян О. В. Шестерня Н.А. Наружный чрескостный остеосинтез при переломах костей предплечья. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний: Медицина, 2003.
3. Котельников Г.П. Миронов С.П. Травматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР Медиа, 2008.
4. Кури Ф. [Khoury F.] Регенеративные методы в имплантологии: пер. с нем. М: Азбука, 2013.

5. Мюллер М. Е. Альговер М. Шнейдер Р. Виллингер Х. [Muller M.E. Allgover M. Schneider R. Willenegger H.] Руководство по внутреннему остеосинтезу: пер. с нем. М.: Ad Marginem, 1996.

6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: 000 «Червона РутаТуре», 2002.

УДК-61

А.Б-Г. Мякиев, М.Б. Убайдуллаев

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ
АСПЕКТОВ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Кафедра Хирургической стоматологии, Башкирский государственный медицинский
университет (Уфа, Россия)**

Резюме. В данной работе представлены результаты собственного исследования структуры травмы костей ЧЛО, на базе ГКБ №21 г. Уфы, проведен анализ истории больных с травмами ЧЛО, отражена динамика количество травмы различных костей лицевого черепа.

Ключевые слова: анализ травм челюстно-лицевой области, частота травм, этиология и локализация травм в ЧЛО

A.B-G. Myakiev M.B. Ubaydullaev

**RETROSPECTIVE ANALYSIS OF ENVIRONMENTAL AND SOCIAL ASPECTS -
OF THE MAXILLOFACIAL REGION**

**Department of Surgical Dentistry
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)**

Abstract: This research work represents the results of our investigation of the structure injured of bones in Maxillofacial Surgery on the base of City Clinical Hospital №21 in Ufa , the analysis of the history of the patients with injuries in Maxillofacial Surgery ,the dynamics of the number of injuries of various facial bones also was reflected.

Key words: analysis of injuries maxillofacial area , injury incidence , etiology and localization of injuries in Maxillofacial Surgery.

Актуальность: Анализ отечественной и зарубежной литературы, статистика ВОЗ свидетельствуют о росте за последние десятилетия частоты и тяжести ранений и повреждений челюстно-лицевой области.

Удельный вес челюстно-лицевых травм среди общего количества повреждений костей колеблется от 3,2 до 3,8%.

Чаще всего повреждения челюстно-лицевой области наблюдаются у лиц трудоспособного возраста от 18 до 50 лет – 91%. [1]

Сочетанные травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и

косметических особенностей. По данным различных авторов их частота, колеблется от 10%-15%. (Малышев В.А., Кабаков Б.Д., 2005; Ansari M., 2004; Adeyemo W.L., 2005). Травма данной области вызывает расстройства функции внешнего дыхания, длительно поддерживая гипоксию; выступая в качестве очага ферментативной агрессии, является источником развития гнойно-инфекционных осложнений; нарушение питания замедляет процессы восстановления функций организма. (Багненко С.Ф., 2007; Мадай Д.Ю., 2010; Самохвалов И.М. с соавт., 2013).[2.3]

Цель исследования: Определение частоты возрастных, половых и сезонных особенностей возникновения травм челюстно-лицевой области.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту травм челюстно-лицевой области;
2. Изучить возрастные и половые особенности травм челюстно-лицевой области;
3. Оценить этиологическую структуру травм челюстно-лицевой области;
4. Изучить локализацию переломов костей лицевого скелета

Материал и метод исследования:

Лечебное учреждение: отделение ЧЛХ на базе ГКБ №21 г. Уфы.

Период исследования: 2013 – 2015 года.

Материал исследования: 240 истории болезни.

Критерии исследования:

возраст;

пол;

социальный статус;

место проживания;

сроки и методы доставки в стационар;

причины и условия травмы;

степень алкогольного опьянения;

локализация и количество линий перелома.

Общая характеристика обследованных больных:

Был проведен анализ 240 архивных историй болезней больных с травмами челюстно-лицевой области. Все больные проходили лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГКБ №21 г. Уфа с 2013 по 2015 г.

Место проживания больных: - Городские жители- 63,10%

- Сельские жители- 36,90%

Социальный статус больных: - Безработные лица-61,7%

- Лица, имеющие работу-30,4%

- Студенты и учащиеся-7,8%

Пол больных: - мужчины-86,7%

- женщины-13,3%

Возраст больных: - 15-19 лет -4,0%

- 20-39 лет -61,0%

- 40-59 лет -26,0%

-60 и старше-9,0%

Этиология травм ЧЛО: - Следствия избиения-83,4%

- Падения-14,8%

- ДТП-1,5%

- Спортивные травмы-0,3%

- Бытовая травма-9,7%

Доставка больных в стационар: - Самостоятельно-74,6%

- Доставка бригадой СП-23,5%

- По направлению ЛПУ-1,9%

Степень алкогольного опьянения во время доставки в стационар:

-легкая степень-2,6%

-средняя степень-1,3%

-тяжелая степень-0,8%

Частота повреждений мягких тканей лица -18,2%

мужчины:21-25лет

женщины:15-25лет

-Изолированные повреждения – 62,5%

-Сочетанные с переломами костей лица – 37,5%

Частота переломов скуловой кости и скуловой дуги - 9,7%

мужчины:21-25лет

женщины:15-25, 41-45лет

-Изолированные переломы – 92,6%

-В сочетании с травмами мягких тканей – 7,4%

Правосторонние левосторонние переломы наблюдаются одинаково часто

Частота переломов костей носа - 11,2%

мужчины:15-25 лет

женщины:15-25 лет

-Изолированные переломы – 56,8%

-Сочетанные с повреждениями других областей лица – 43,2%

Частота перелома альвеолярных отростков - 1,5%

мужчины:21-30 лет

женщины:21-25 лет

-Переломы альвеолярного отростка верхней челюсти – 0,9%

-Переломы альвеолярного отростка нижней челюсти – 0,6%

Частота переломов верхней челюсти - 1%

мужчины:26-30 лет

женщины:70 лет

-ЛеФор I - 3 случая

-ЛеФор II - 8 случаев

-ЛеФор III - 6 случаев

-По Вассмунду – 2 случая

Частота переломов нижней челюсти - 39.6%

мужчины: 15 - 25 лет

женщины: 21-25 лет

Вид перелома нижней челюсти	Односторонние переломы		Двусторонние переломы	
	одиночные	двойные	двойные	множественные
2013	87	24	74	5
2014	92	32	88	5
2015	51	28	64	6

Рис.1 Распределение переломов нижней челюсти по количеству переломов

Сезонность поступления больных с травмами ЧЛО в стационар:

-Летне-осенний период;

-Июнь и октябрь

Обращаемость больных по дням недели:

-начало (понедельник) и конец (пятница) рабочей недели;

-праздничные дни (25 мая и 6-8 апреля);

-дневные и вечерние часы

Выводы:

Частота травм ЧЛЮ составляет около 40,5% от всех госпитализированных. Эта цифра варьирует в пределах 10,5%;

Пик травматизма приходится на:

- Летне-осенний период;
- Июнь и октябрь;
- Начало (понедельник) и конец (пятница) рабочей недели;
- Праздничные дни (25 мая и 6-8 апреля);
- Дневные и вечерние часы.

2. Большинство травм ЧЛЮ происходит в возрасте от 18 до 28 лет. Средний возраст больных: 23 года. Соотношение лиц мужского и женского пола 6,5:1. У мужчин чаще встречаются двусторонние переломы нижней челюсти и переломы костей носа; у женщин - односторонние переломы нижней челюсти и скуловой кости.

3. Наиболее частый этиологический фактор – избиение (83,4%). Анализ показал расхождение в указанных больными данных о причине травмы с характерными признаками повреждений, свидетельствовавших о скрывании истинных причин. Этот показатель составил 70,3%. Травматизм повышен у городских и безработных жителей. Только 4,7% больных с травмами ЧЛЮ поступили отделение в состоянии алкогольного опьянения.

4. Как показал анализ, наиболее часто встречающимся травмами ЧЛЮ являются:

- Изолированные травмы мягких тканей лица и шеи;
- Скуловая кость: закрытый перелом скуловой;
- Кости носа: закрытый перелом костей носа;
- Альвеолярные отростки челюсти: альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов;
- Верхняя челюсть: ЛеФор 2;
- Нижняя челюсть: односторонние одиночные и двусторонние двойные переломы нижней челюсти; переломы в боковой и фронтальной области справа; угла и ветви нижней челюсти слева.

Литература

1. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно—лицевой области / В.В. Афанасьев. — М.,: ГЭОТАР — Медиа, 2010. — 256 с.
2. Багненко, А.С. Объем и содержание хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой челюстно—лицевой области в травм-центре второго уровня : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Багненко Андрей Сергеевич. — СПб., 2012. —

3. Мадай Д.Ю. Семантические основы классификации ранений и повреждений челюстно—лицевой области: учеб—метод. пособие / Д.Ю. Мадай, С.В. Гаврилин, К.П. Головки. — 2—е изд., доп. — Великий Новгород: Система, 2007. — 34 с.

УДК 616.31-002.1577.2-07

Т.Б. Сагимбаева, Е.А. Завгородняя

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической и ортопедической стоматологии

Актуальность. Целью исследования явилась оценка микроэкологического статуса больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС).

Результаты микробиологических исследований свидетельствовали о высокой распространенности (91,5%) выявления дисбактериозов полости рта у больных ХРАС. В структуре дисбактериозов доминировали дисбактериозы I-II степени.

У больных ХРАС отмечалось достоверное снижение частоты встречаемости лактобактерий в микробиоценозе полости рта с уменьшением титра лактобактерий, увеличение частоты встречаемости кишечной палочки и β -гемолитического стрептококка по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, микробиоценоз, дисбактериоз полости рта

T.B. Sagimbayeva, E.A. Zavgorodnyaya

EVALUATION STUDIES MICROECOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Karaganda State medical university, Department of therapeutic and prosthetic dentistry

The purpose of the study was to evaluate the microecological status of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS).

The results of microbiological studies showed high prevalence rate (91.5%) of dysbacteriosis of the oral cavity in patients with CRAS. In the structure of dysbacterioses in patients with CRAS the dysbacterioses of Ist-IInd degree were prevalent.

Firm decrease in occurrence of lactic acid bacillus in microbiocenosis of cavity with involution of metric number of lactic acid bacillus and increase of occurrence of colon bacillus and β -hemolytic streptococcus were found out in analysand with CRAS in comporison with control group.

Keys word: Chronic recurrent aphthous stomatitis, microbiocenosis, dysbacteriosis oral

Известно, что среди болезней слизистой оболочки полости рта высокую распространенность в настоящее время имеют хронические воспалительные заболевания, характеризующиеся упорным рецидивирующим течением. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) на сегодняшний день является одним из самых распространенных заболеваний такого рода [2].

Микрофлора полости рта играет большую роль в формировании факторов неспецифической защиты, а микробиологические сдвиги отражают наличие иммунобиологических нарушений, усугубляющих тяжесть течения воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой оболочки рта [3].

Возросший в настоящее время интерес к роли микробного фактора в этиологии и патогенезе различных заболеваний слизистой оболочки рта объясняется, с одной стороны, усилением неблагоприятного воздействия факторов внешней среды, а с другой - увеличением числа хронических соматических заболеваний. Хронические заболевания слизистой оболочки рта, сопровождающиеся воспалительно-деструктивными изменениями, носящие рецидивирующий характер, формируют условия, которые приводят к нарушению функционирования полости рта как стабильной микробиологической структуры [3].

Несмотря на достижения современной стоматологии, отмечается рост заболеваемости хроническими эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой оболочки рта, в связи с чем данная проблема остается актуальной и требует дальнейших исследований.

Целью исследования явилась оценка микробиологического статуса больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 47 больных ХРАС в возрасте от 18 до 60 лет. Комплексное клиническое обследование пациентов проводилось в условиях пародонтологического кабинета стоматологической клиники Карагандинского государственного медицинского университета и включало выяснение характера жалоб, сбор анамнеза болезни, анамнеза жизни; осмотр слизистой оболочки рта, языка и губ по схеме Pindborg [2].

Нами были проведены микробиологические исследования, направленные на выявление дисбактериоза полости рта, у 47 пациентов ХРАС. 10 человек составили контрольную группу.

Исследование на дисбактериоз полости рта проводилось согласно рекомендациям И.С. Азизова [1]. Оценка характера дисбиотических нарушений систематизировалась в зависимости от взаимоотношений микрофлоры полости рта и основывалась на выявлении ее

количественных изменений, появлении микроорганизмов нехарактерных для полости рта, а также изменений качественного характера ротового биотопа.

Систематизация дисбактериозов проводилась по следующей схеме: дисбиотический сдвиг, дисбактериоз I-II степени, дисбактериоз III и IV степени.

Для уточнения происхождения сдвигов в микробиоценозе была определена доля участия микроорганизмов в структуре экосистемы у 47 больных ХРАС и контрольной группы (10 чел). На основании показателя встречаемости определяли типологию доминант микробиоценоза по формуле С.И.Сытника [4], согласно которой выделяли следующие виды микрофлоры: доминирующие или основные виды, добавочные и транзиторные или случайные.

Для статистической обработки данных использовали пакет компьютерных программ STATISTICA v 8.0 for Windows, SPSS v22.0 for Windows

Результаты

Результаты микробиологических исследований свидетельствовали о высокой распространенности (91,5%) выявления дисбактериозов полости рта у больных ХРАС. В структуре дисбактериозов доминировали дисбактериозы I-II степени. Они наблюдались у 55,3% больных ХРАС. Вторыми по частоте встречаемости были легкие изменения в микробиоценозе в полости рта, проявлявшиеся дисбиотическими сдвигами, они отмечались у 27,7% больных ХРАС. Доля дисбактериозов III степени у больных ХРАС была незначительной и достигала 8,5%. Дисбактериозов IV степени у больных ХРАС не отмечалось.

У больных ХРАС выявлена структурная перестройка биоценоза полости рта, важной особенностью которой являлось снижение значимости лактобактерий. Отмечалось достоверное снижение частоты встречаемости лактобактерий в микробиоценозе полости рта у больных ХРАС ($81,8 \pm 5,4$ % против 100% в контрольной группе, $p < 0,05$). Но, несмотря на это, они оставались представителями доминирующей микрофлоры. Наблюдалось достоверное снижение титра лактобактерий по сравнению с контрольной группой ($1,6 \times 10^5 \pm 0,1 \times 10^5$ КОЕ/мл против $6,8 \times 10^2 \pm 2,39 \times 10^2$ КОЕ/мл, $p < 0,05$) у больных ХРАС.

С частотой встречаемости $13,6\% \pm 5,1\%$ (в контроле 0, $p < 0,05$) кишечная палочка и β -гемолитический стрептококк (частота встречаемости $15,9\% \pm 5,1\%$, в контроле 0, $p < 0,05$) перешли в разряд случайной микрофлоры у наблюдаемых больных. Следует отметить, что β -гемолитический стрептококк высевался из полости рта больных ХРАС в количестве, превышающем этиологически значимый уровень ($> 10^5$ КОЕ/мл), что является неблагоприятным прогностическим признаком.

У больных ХРАС наблюдался переход в доминирующую группу дрожжеподобных грибов рода *Candida* ($68,2\% \pm 20,8\%$ против $40,0\% \pm 15,8\%$ в контрольной группе, $p < 0,05$). Грибы рода *Candida* у всех больных высевались в незначительном количестве ($< 10^2$ КОЕ /мл), что не превышало этиологически значимого уровня.

Выводы

У больных ХРАС происходили глубокие нарушения в экосистеме, сопровождающиеся изменениями качественно-количественного состава микрофлоры полости рта.

Микробиологический статус больных ХРАС характеризовался существенными изменениями микрофлоры, носящими характер дисбактериозов. В структуре дисбактериозов у больных ХРАС доминировали дисбактериозы I-II степени.

В структуре микробиоценоза полости рта больных ХРАС происходили выраженные нарушения, которые заключались в уменьшении доминирования лактобактерий, в появлении несвойственных для микробиоценоза полости рта видов микроорганизмов (кишечной палочки, β -гемолитического стрептококка), увеличении значимости грибов рода *Candida*.

Выявленные нарушения микробиоценоза в полости рта больных ХРАС обосновывают необходимость проведения фармакологической коррекции микробиологических сдвигов.

Литература

1. Азизов И.С. Основы клинической микробиологии – Караганда, 2006- С. 129-132.
2. Анисимов И.В., Недосеко Б.В., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ – ООО «Меди Издательство», 2005. – С.92.
3. Рабинович О.Ф., Эпильдимова Е.А. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы). – Стоматология. – 2005.- № 3. – С. 58-62.
4. Сытник С.И. Микрококки в кожном микробиоценозе молочных желез, экологическая характеристика сообщества// Журн. микробиол.-1990.-№9.-С.27-31.

УДК 616- 053.2:616.315- 007(470.57)

В.С. Цыпленкова.

**СТУДЕНТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА–ВОЛОНТЕРЫ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ АКЦИИ «ОПЕРАЦИЯ УЛЫБКА»**

**Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ**

Резюме: В статье рассмотрены проблемы рождаемости детей с пороками развития челюстно-лицевой области в Республике Башкортостан, их нуждаемость в лечении. Деятельность благотворительной организации " Операция Улыбка" на базе Республиканской детской клинической больницы города Уфы, участие студентов-волонтеров в данном проекте.

Ключевые слова: Аномалии челюстно лицевой области, изучение статистики рождаемости детей с пороками развития челюстно- лицевой области в Республике Башкортостан, "Операция Улыбка", студенты- волонтеры.

V.S.Tsyplenkova.

**STUDENTS OF FACULTY OF DENTISTRY- VOLUNTEERS OF CHARITY
"OPERATION SMILE".**

**Department of pediatric dentistry and orthodontics with a course of IDPO
Bashkir State Medical University**

Annotation: The article considers the issues of birth rate of children with malformations of the maxillofacial region in the Republic of Bashkortostan, their needs in treatment. The activities of the charitable organization "Operation Smile" at the Republican children's clinical hospital in Ufa, the participation of students -volunteers in this project.

Keywords: anomalies of the maxillofacial region, the statistical study of births of children with malformations of the maxillofacial region in the Republic of Bashkortostan, "Operation Smile", student volunteers.

Врожденные пороки развития челюстно - лицевой области - это стойкие морфологические изменения структурных элементов черепа, повлекшие за собой грубые дефекты тканей, нарушения функций органов челюстно- лицевой области и всего организма в целом.

По статистике, на территории Российской Федерации, рождаемость детей с данной патологией составляет от 1: 1000 до 1: 460 человек. Каждый год из 1,2-1,3 миллионов родов

на свет появляется около 60 тысяч малышей с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями. В итоге, общее количество таких пациентов составляет приблизительно 30% по всей России.[4]

Ежегодно в Республике Башкортостан рождается около 100 человек, страдающих врожденными пороками развития челюстно-лицевой области, таким образом, на сегодняшний день на диспансерном учёте в республике с данной патологией состоит более 3000 детей.[2]

Качество жизни маленьких пациентов, появившихся на свет с пороками челюстно-лицевой области, снижено. Ребёнок лишается возможности к нормальному питанию и речи, социальной адаптации. Не все люди относятся к ним с пониманием, лишь потому, что они "не такие как все".

Целью нашей работы явилось изучение детей с данными аномалиями в Республике Башкортостан, их нуждаемость в лечении.

Задачи исследования : 1) изучение статистики рождаемости детей с врожденными пороками развития в республике; 2) проведение мониторинга операций у детей с врожденными патологиями челюстно-лицевой области по данным "Операции Улыбки" на базе ДРКБ; 3) пропаганда волонтерского движения среди студентов медицинского вуза с целью углубления профессиональных знаний.

Материалы и методы:

С 30 августа по 4 сентября 2015 года, в Уфе на базе Республиканской детской клинической больницы работала общественная благотворительная организация под названием «Операция Улыбка». Целью благотворительного проекта стало, в первую очередь, возвращение детей к полноценной жизни, а так же обмен опытом между специалистами и внедрение новых технологий. За неделю работы акции, было проконсультировано 62 человека с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области. И даже не смотря на то, что на базе РДКБ в отделении челюстно-лицевой хирургии каждый год проводится 100-120 операций, специалисты подтверждают актуальность и необходимость данного благотворительного проекта.

Участие в акции "Операция Улыбка" принимали как отечественные медики, так и их коллеги из США, Канады, Филиппин, Эстонии и Белоруссии. Команда составила 19 человек. Республику Башкортостан представляли челюстно-лицевые хирурги – заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИПО, профессор, д.м.н. Чуйкин С.В., и заведующий отделением РДКБ, д.м.н., профессор Давлетшин Н.А.

Так же необходимо отметить, что в " Улыбке" приняли участие студенты- волонтеры- учащиеся Башкирского государственного медицинского университета стоматологического

факультета. Ребята оказывали активную помощь в акции: устраивали для маленьких пациентов обучающие игры, уроки здоровья с песнями и зажигательными танцами, ассистировали в операционной и наблюдали за детьми в послеоперационном периоде. По окончании благотворительной акции абсолютно все из них утвердились в правильном выборе своей будущей профессии, главной целью которой является сострадание к пациентам, милосердие и самое главное - высокая квалифицированная медицинская помощь и профессионализм.

Всего за 4 дня в на базе Республиканской детской больницы было прооперировано 42 ребёнка с пороками развития ЧЛЮ.

По нозологии:



Рис.1 Количество человек по нозологии аномалий челюстно- лицевой области.

По виду проведённой операции:

- коррекция хейлоринопластики -28,6 %;
- хейлоринопластика- 31 %;
- уранопластика- 40,5 %;

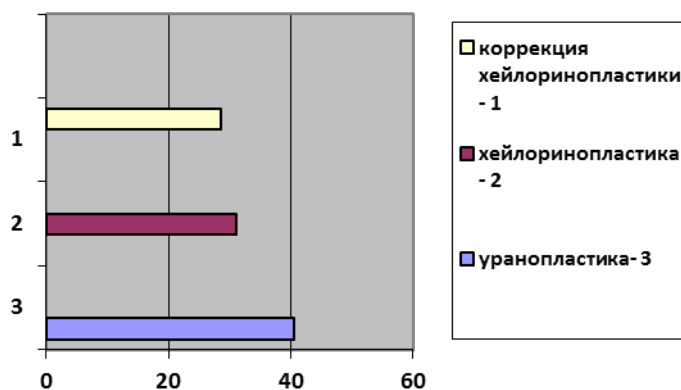


Рис.2 Разновидности проведённых операций.

Возрастной ценз : от 6 месяцев до 18 лет

Проведенное нами исследование позволило сделать выводы: в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, швы были сняты своевременно, результаты удовлетворили родителей маленьких пациентов в функциональном и эстетическом плане.

Благодаря акции "Операция Улыбка" было улучшено качество жизни большого количества детей, врачи обменялись знаниями в области современных инновационных методов лечения, а студенты- волонтеры получили колоссальный опыт и массу, исключительно, положительных эмоций, впечатлений . Все эти добрые сердца объединились для того, что бы как можно больше детей могло радоваться жизни и дарить нам свои замечательные улыбки.

Литература

1. Давыдов, Б. Н. Состояние полости рта и комплексное лечение больных с расщелинами лиц /Б.Н.Давыдов, О.А. Гаврилова ,В. В.Максимова ,А.В. Зернов //Детская стоматология. 2010. — № 1–2(3–4). — С. 53–56.
2. Чуйкин, С.В. Профилактика зубочелюстных аномалий / С.В. Чуйкин, Г.Г. Акатьева, Т.В. Снеткова, С.А. Гунаева// Уфа, 2007. — 40 с.
- 3.Чуйкин, С.В. Хирургическое лечение детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба/ С.В.Чуйкин ,С.В. Аверьянов , Т.В. Снеткова, Н. А. Давлетшин// ГОУ ВПО << БГМУ Росздрава>> Уфа, 2011.- 110 с.
4. Чуйкин, С.В. Этиология, патогенез, клиника и профилактика врожденной расщелины губы и нёба/ С.В. Чуйкин, Н.А. Давлетшин, Т.В. Викторова , Д.И. Шайхутдинова . //Уфа, Башгосмедуниверситет МЗ РФ,2007 —141 с., 37 илл .
5. Neumann H. J. Development of lip, jaw, palatal and uvular clefts. // Zahntechnik (Berl). 2010. — 23(6) — P. 271–274.

УДК - 613.41

Г. Б. Батыргалиева, Т.Б. Жалгасбаева, Г.А.Бердешева
ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА

Кафедра общей гигиены и экологии
West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university

**Эффективность гигиены полости рта при использовании электрических и
 мануальных щеток**

Актуальность. Чистка зубов как мануальной, так и электрической зубной щеткой позволяет достоверно сократить количество зубного налета на всех поверхностях зубов. Формирование правильных навыков чистки позволяет повысить эффективность использования мануальной зубной щетки на 24,9%, а электрической - на 10,8%.

Ключевые слова: электрическая зубная щетка, мануальная зубная щетка, гигиена полости рта, эффективность гигиены.

Batyrgalieva G.B. Zhalgasbaeva T.B., Berdesheva G.A.

**EFFECTUALITY OF ORAL HYGIENE, WHILE USING ELECTRIC MANUAL
 BRUSH.**

**Department of common hygiene and ecology, West Kazakhstan Marat Ospanov state
 medical university**

Abstract. Tooth brushing using manual or electric brush can reduce bacterial plaque on the surfaces of the teeth. Organization regular cleaning skills can improve the efficiency of manual brush at 24,9 %, and electric brush at 10,8 %.

Key words: electric toothbrush, manual toothbrush, oral hygiene, efficiency hygiene.

Актуальность. Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что зубной налет является одним из важнейших этиологических и патогенетических звеньев в развитии кариеса и воспалительных заболеваний пародонта, а эффективная гигиена полости рта – основным способом его удаления. Неправильная чистка зубов горизонтальными движениями, нерациональный подбор зубных паст оказывают неблагоприятное воздействие на твердые ткани зуба, способствуя снижению качества гигиены, быстрому развитию и осложнению кариозного процесса и формированию не кариозных поражений, таких как клиновидные дефекты. Ситуация осложняется низкой культурой стоматологического здоровья и низкой комплаентностью пациентов.

Это достигается только при формировании правильных мануальных навыков, а владение методикой чистки зубов является не менее важным звеном в поддержании гигиены полости рта, чем подбор щетки.

По данным литературы, большинство исследований посвящено сравнению характеристик мануальных и электрических зубных щеток, их эффективности и безопасности, способности устранения явлений гингивита без учета фактора владения правильной методикой чистки зубов. По нашему мнению, эффективное удаление налета возможно лишь при полном и последовательном очищении щеткой всех поверхностей каждого зуба. Таким образом, обучение гигиене полости рта и информируемость пациента является актуальной задачей врача-стоматолога с целью профилактики кариеса и воспалительных заболеваний тканей пародонта. Задача работы: Оценка влияния методики чистки зубов на эффективность гигиены полости рта при использовании электрической и мануальной зубных щеток.

Материалы и методы: Обследование проводилось на базе стоматологической клиники нашего университета в условиях амбулаторного стоматологического приема. Под наблюдением находилось 52 добровольца с интактным пародонтом в возрасте 18-45 лет. Для регистрации количества зубных отложений на всех поверхностях каждого зуба использовался индекс гигиены по Федорову-Володкиной. Возможное травмирующее действие зубных щеток на ткани пародонта оценивалось по индексу ПМА.

Эффективность гигиенических мероприятий рассчитывали по формуле:

$$\text{Эффективность в \%} = \frac{\text{ИГ1} - \text{ИГ2}}{\text{ИГ1}} * 100 \%$$

где ИГ1 – значение ИГ на начальном этапе исследования;

ИГ2 - значения ИГ в конце каждого этапа.

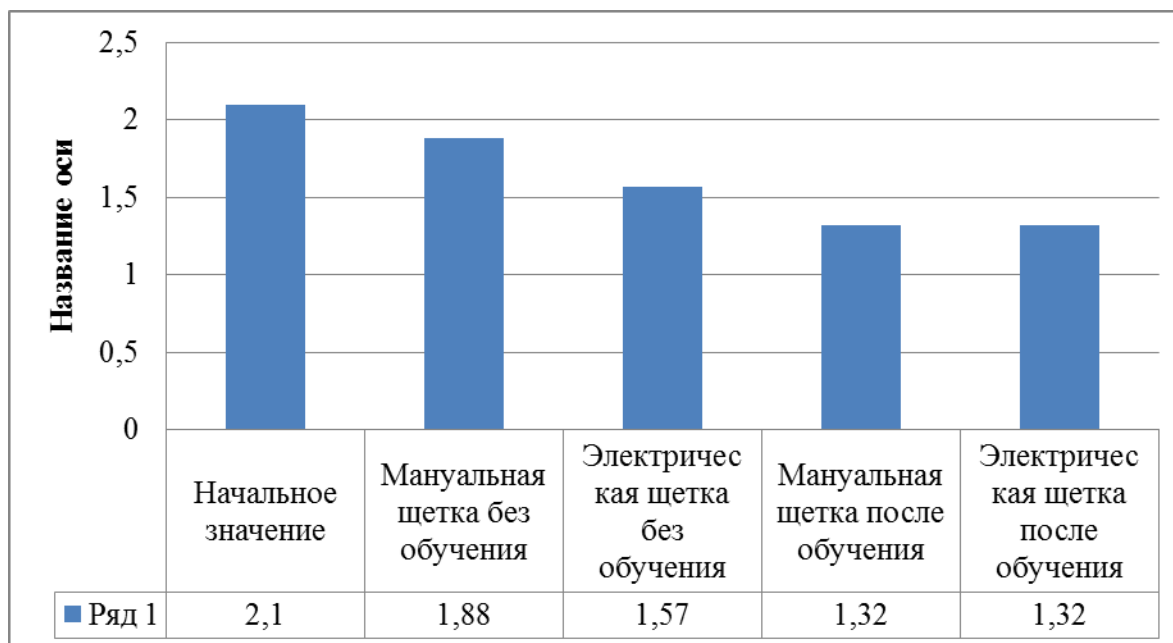
Исследование проводилось в 5 этапов с интервалом в 7 дней: I - оценка гигиенического статуса при первичном обращении; II - после использования мануальной зубной щетки привычным для пациента методом; III - использование электрической зубной щетки; IV - обучение стандартному методу чистки зубов, проведение контролируемой чистки и повторное использование мануальной зубной щетки; V - повторное использование электрической щетки после формирования навыков. На протяжении всего периода исследования все пациенты пользовались одинаковыми зубными щетками и пастами.

Статистический анализ данных проводился методом вариационной статистики с определением средней величины (M), среднего квадратичного отклонения (a). Для статистической обработки данных использовались статистические пакеты MicrosoftExcel

2007 и StatSoftStatistica v6.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

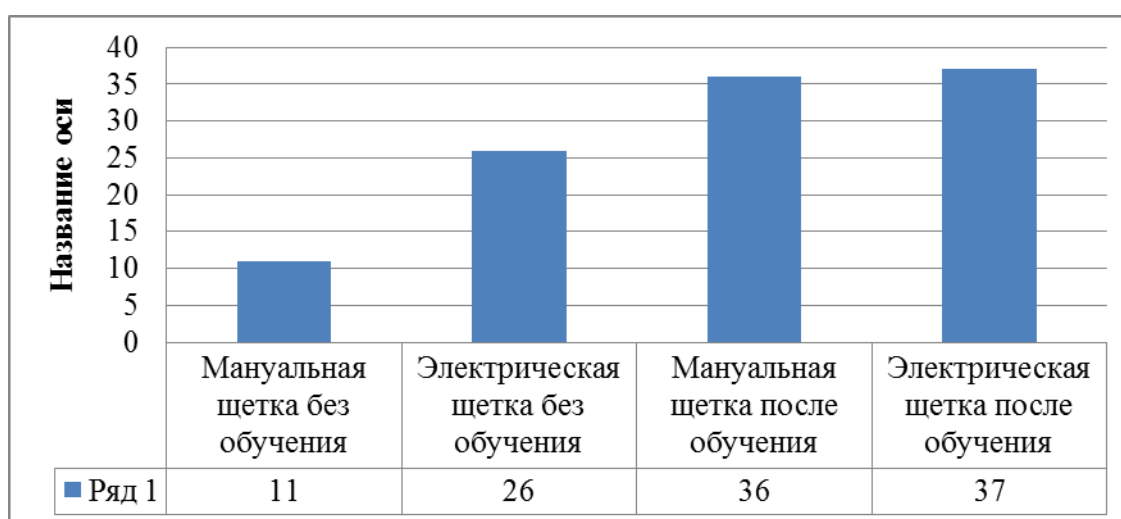
Результаты и обсуждение: Анализ полученных данных показал, что у пациентов на этапе первичного обследования отмечался неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Индекс гигиены составил $2,09 \pm 0,34$ балла, индекс ПМА был равен 0.

Значения ИГ (в баллах) на различных этапах исследования (1)



После 7 дневного курса использования мануальной зубной щетки индекс гигиены снизился и составил $1,86 \pm 0,33$ балла, очищающая эффективность на данном этапе составила $11,0 \pm 2,01\%$. Однако, различий на четвертом и пятом этапах наблюдения не регистрировалось. Индекс гигиены для мануальной щетки составил $1,34 \pm 0,30$ балла (эффективность $35,9 \pm 1,95\%$) и $1,32 \pm 0,24$ (эффективность $36,8 \pm 1,73\%$) для электрической.

Эффективность гигиены полости рта (в %) на различных этапах исследования (2)



Заключение: Чистка зубов как мануальной, так и электрической зубной щеткой позволяет достоверно сократить количество зубного налета на всех поверхностях зубов. Формирование правильных навыков чистки позволяет повысить эффективность использования мануальной зубной щетки на 24,9%, а электрической - на 10,8%. Согласно полученным данным, даже после обучения пациентов гигиене полости рта и проведения контролируемой чистки зубов значения ИГ не достигают показателя 1, соответствующего очень хорошему уровню гигиены, что свидетельствует о недостаточности однократного проведения данных мероприятий. Они необходимы при каждом обращении пациента за стоматологической помощью и с профилактической целью, или же должны являться самостоятельным поводом для посещения стоматолога или гигиениста, а также должны сопровождаться самоконтролем в домашних условиях.

Формирование, закрепление и контроль навыков гигиены полости рта возможно только в условиях правильной мотивации пациентов, повышения их комплаентности в отношении поддержания стоматологического здоровья и создания службы врачей-гигиенистов, имеющих достаточное время для работы с пациентом. Результаты данного исследования доказали необходимость более тщательного подхода к вопросам информирования пациентов о современных предметах гигиены полости рта и методах их использования. Контролируемая чистка зубов, беседа о соблюдении правил гигиены с повторением информации о способах и средствах гигиены полости рта и разъяснением важности систематического и тщательного ухода за ней должны быть регулярными, пока у пациентов не сформируются устойчивые гигиенические навыки и правильная мотивация. Своевременная профилактика формирует гигиенические навыки и сохранение здоровья полости рта.

Литература

1. Балуда М.И., Винниченко Ю.А., Поповкина О.А. Электрические и мануальные зубные щетки – сравнительные характеристики и оценка эффективности // *Стоматология*. – 2011. – № 6. – С. 85–87.
2. Михальченко А.В., Михальченко Д.В., Захваташина М.А., Филюк Е.А. Характерные локализации дефектов твердых тканей зубов у взрослых // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 4–1. – С. 114–117.
3. Михальченко В.Ф., Патрушева М.С. Сравнительная оценка эффективности применения лечебно-профилактических комплексов «Асепта» и «Лесной бальзам» при лечении больных пародонтитом легкой степени тяжести [Электронный ресурс] //

Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. – Режим доступа:
<http://www.science-education.ru/102-5791> (дата обращения: 21.03.2012).

4. Сирак С.В., Рубцова Н.Г. Сравнительная оценка очищаемой эффективности различных зубных щеток у пациентов с дентальными имплантатами [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1. Режим доступа: www.science-education.ru/107-8383 (дата обращения: 16.04.2014).

5. Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Малюков А.В. Комплаентность пациента в стоматологической практике // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С. 20–22.

УДК 616.314.18-08:616.053.4(04)

А.Ю. Туймукова, Г.М. Садыкова, Г.Р. Афлаханова

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «PULPOTEC» («DENTARIES SA») ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Резюме: В статье рассматриваются вопросы применения препарата «Pulpotec» («Dentaries SA») при лечении хронических форм пульпита временных зубов у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Высокая клиническая эффективность позволяет рекомендовать препарат «Pulpotec» («Dentaries SA») к применению у детей при лечении хронического фиброзного пульпита методом витальной ампутации пульпы.

Ключевые слова: Витальная ампутация, препарат «Pulpotec» («Dentaries SA»)

A.J. Tuymukova, G.M. Sadykova, G.R. Aflakhanova

**THE USE OF THE DRUG «PULPOTEC» («DENTARIES SA») IN THE
TREATMENT OF CHRONIC FORMS OF PULPITIS OF TEMPORARY TEETH AT
CHILDREN OF PRESCHOOL AND YOUNGER SCHOOL AGE**

Department of pediatric dentistry and orthodontics with a course of IDPO

Bashkir State Medical University

Resume: In the article the questions of application of the drug "Pulpotec" («Dentaries SA») in the treatment of chronic forms of pulpitis of temporary teeth at children of preschool and younger school age. High clinical efficacy allows to recommend the drug "Pulpotec" («Dentaries SA») for widespread use in children of preschool and younger school age in the treatment of chronic fibrous pulpitis by the method of vital amputation of the pulp.

Keywords: Vital amputation, the drug "Pulpotec" («Dentaries SA»)

Актуальной задачей при лечении хронических форм пульпита временных зубов у детей является возможность сохранения корневой пульпы вплоть до физиологической смены зубов. Витальная корневая пульпа является барьером для проникновения микроорганизмов в периапикальные ткани, препятствует развитию в них очагов одонтогенной инфекции, а также исключает негативное влияние на зачатки постоянных зубов [3,4]. При наличии живой пульпы в корневых каналах временных зубов практически не наблюдается внутренней резорбции корня, а физиологическая резорбция протекает в соответствующие сроки, что

способствует формированию физиологической окклюзии. Лечение хронических форм пульпита во временных зубах на этапах физиологического рассасывания корней представляется сложной задачей, так как проведение эндодонтического лечения затруднено близким положением фолликула постоянного зуба [1]. Поэтому, учитывая возрастные анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области у детей, предпочтительным методом лечения хронических форм пульпита временных зубов, является пульпотомия (витальная ампутация пульпы).

Pulpotec («Dentaries SA») – представляет собой рентгенконтрастную нерезорбируемую пасту для быстрого и долговременного лечения витальных моляров как постоянных, так и временных зубов. Фармакологический состав препарата обеспечивает асептическое заживление культи пульпы в пульпарной камере с сохранением структуры подлежащей корневой пульпы. В состав порошка входят: полиоксиметилен, йодоформ, наполнитель до 100%, жидкость представлена такими компонентами, как дексаметазона ацетат, формальдегид, фенол, гваякол, наполнитель до 100%. Лечение пульпита с использованием материала Pulpotec («Dentaries SA») требует существенно меньше времени, чем экстирпация пульпы. Это также позволяет избежать многочисленных неудач, связанных с так называемой «тотальной» экстирпацией пульпы [2].

Показаниями к использованию метода витальной ампутации с применением «Pulpotec» («Dentaries SA») являются: лечение пульпитов витальных постоянных моляров с несформированными корнями, лечение пульпитов витальных временных моляров.

Наряду с показаниями производители обозначили относительные противопоказания: наличие индивидуальной чувствительности к ингредиентам, входящим в состав препарата, которая выявляется в процессе сбора анамнестических данных; общее состояние ребёнка: общесоматическая патология; диффузная форма пульпита; резорбция корня зуба, превышающая половину его длины. Абсолютных противопоказаний производители не указывают.

Цель исследования: Определение эффективности пульпотомии с применением препарата «Pulpotec» («Dentaries SA») при лечении хронического фиброзного пульпита во временных зубах у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования: В клиническом исследовании участвовало 46 детей в возрасте от 5 до 7 лет, которым проводилось лечение хронического фиброзного пульпита во временных зубах методом витальной ампутации пульпы с применением препарата «Pulpotec» («Dentaries SA»). Лечение проводилось на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО. Всего было пролечено 75 временных зубов (52-первых временных моляра, 23 – вторых временных моляров). После постановки диагноза с

обязательной процедурой проведения диагностической рентгенограммы, подтверждающей отсутствие изменений в периапикальных тканях, нами был выбран метод витальной ампутации. После адекватного обезболивания (аппликационная анестезия (спрей Lidoxor), инфильтрационная анестезия (Sol. Ultracaini 1,7 ml)) проводилось препарирование кариозной полости, стерильным бором вскрывали и раскрывали полость зуба. Острым шаровидным стерильным бором ампутировали коронковую пульпу, устьевую пульпу ампутировали с помощью острого экскаватора, осуществляли спонтанный гемостаз препаратом «Viscostat» (особое внимание обращали на тщательную остановку кровотечения перед наложением препарата), медикаментозную обработку. После полной остановки кровотечения полость высушивали стерильным ватным тампоном и на устья канала наносили порцию препарата «Pulpotec» » («Dentaries SA»), замешанного до плотной консистенции, анатомическую форму зуба восстанавливали с помощью стеклоиономерного цемента «Fuji». Качественная герметизация пасты «Pulpotec» » («Dentaries SA») гарантирует благоприятный терапевтический эффект. После проведенного лечения родители были информированы о возможных осложнениях и получили соответствующие рекомендации. Контрольный осмотр детей проводился в сроки 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев, 1 год.

Оценка отдаленных результатов лечения с использованием «Pulpotec» » («Dentaries SA») проводилась через год после лечения по клиническим и рентгенологическим данным. Лечение хронических форм пульпитов считали эффективным при отсутствии у детей жалоб, сохранении функциональной ценности зуба, отсутствии рентгенологических признаков развития периодонтита. К осложнениям относили случаи развития острого или хронического периодонтита, диагностируемого по клинической картине и рентгенологическим признакам.

Результаты исследования: Через год после лечения хронического фиброзного пульпита у детей дошкольного и младшего школьного возраста клиническое и рентгенологическое благополучие наблюдали у 88,1% случаев. В 11,9 % случаев спустя 8-12 месяцев после проведенного лечения был выявлен хронический периодонтит, что послужило поводом для удаления зубов.

Выводы: Большой спектр показаний к использованию материала и высокая клиническая эффективность позволяет рекомендовать препарат «Pulpotec» » («Dentaries SA») к широкому применению у детей дошкольного и младшего школьного возраста при лечении хронического фиброзного пульпита методом витальной ампутации.

Литература

1. Дедеян С.А., Донская И.П. Лечение пульпита во временных и постоянных молярах с использованием препарата "Пульпотек". Новая медицинская технология. М., 2008. 8 с.

2. Маслак Е.Е., Куюмджиди Н.В., Карасева А.А. и др. Результаты применения препарата «пульпотек» для лечения пульпита молочных зубов у детей //Актуальные вопросы стоматологии. Волгоград, 2007. С.191-195.

3. Маслак Е.Е., Лестева М.Ф. Алаторцева. Е.В. и др. Ошибки и осложнения при лечении пульпита временных зубов у детей //Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2009. С.335-337

4. Fuks A.B., Paragiannoulis L. Pulpotomy in primary teeth: Review of the literature according to standardized criteria //Eur Arch Paediatr Dent. 2006. Vol.7, №2. P.64-71.

УДК 616.31-002.189-07

А.Д. Гиниятуллина

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЛОСКОЙ ФОРМЫ
ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

**Кафедра Терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. Представлены современные критерии клинико-диагностических параметров плоской формы лейкоплакии слизистой оболочки рта у 21 пациента. Учтены заболевания внутренних органов, гальваноз, кандидоз, проведена дифференциальная диагностика.

Ключевые слова. Клиника, диагностика, плоская лейкоплакия, слизистая рта.

AD Giniyatullina

**CLINICAL-DIAGNOSTIC CRITERIA FLAT SHAPE OF THE MUCOUS
MEMBRANE OF THE MOUTH LEUKOPLAKIA**

**Department of Therapeutic dentistry with a course of EITI, Bashkir state medical
university, Ufa**

Abstract. The current criteria for clinical diagnostic parameters flat form of leukoplakia of the oral mucosa in 21 patients. Taken into account internal diseases galvanosis, candidiasis carried out differential diagnosis.

Keywords. Clinic, diagnostics, flat leukoplakia, oral mucosa.

Актуальность:

Заболевания слизистой оболочки полости рта являются до настоящего времени наименее изученной медицинской и социальной проблемой стоматологии как в нашей стране, так и за ее пределами. Это объясняется не только сложностью диагностики, но и отсутствием достоверных данных о распространенности и структуре данной патологии, которую можно получить, согласно рекомендациям ВОЗ, путем систематического эпидемиологического обследования населения [1,2,3].

Лейкоплакию относят к факультативным предракам слизистой оболочки рта. Предраковые поражения составляют по данным литературных источников 15,2-84,9% всех заболеваний СОПР [5]. Трансформация лейкоплакии в рак встречается от 0,25-4%. Основной морфологический признак этой патологии – гиперкератоз покровного эпителия слизистой оболочки рта. Клинически степень нарушения слизистой оболочки рта (СОП) выглядит в виде помутнения эпителия, деструктивных изменений слизистой оболочки как реакция на

различные раздражители (курение, горячая пища, гальваноз, патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС)) [4,7]. К числу последних также относится дефицит ряда витаминов в организме человека, в частности фолиевой кислоты, приводящий к нарушению процессов кератинизации на слизистых оболочках. Некоторые авторы отмечают, что лейкоплакия является хроническим воспалением СОР с гиперкератозом, а в зоне поражения гиперкератозом находят повышенное содержание холестерина и пониженное содержание витамина А [3,5]. Возраст пациентов с этой патологией колеблется от 41-55 и более лет.

Наиболее часто встречается простая (плоская) форма лейкоплакии, различают ещё две формы – эрозивную, веррукозную. Лейкоплакия Таппейнера - лейкоплакия злостных курильщиков в последние годы встречается крайне редко [6,7].

Целью нашего исследования: изучение клинико-диагностических параметров при плоской лейкоплакии СОР.

Материалы и методы:

Под наблюдением в течении 6 месяцев находилось 34 пациента в возрасте от 40-55 лет с различными заболеваниями СОР. Из них в процессе обследования выявлено с простой формой лейкоплакии – 21 пациент (16 женщин и 5 мужчин).

Диагностику лейкоплакии проводили на основании следующих параметров:

-Жалобы;

-Сбор анамнеза;

-Клиника;

-Лабораторные исследования (общего анализа крови с развёрнутой лейкоформулой);

-Анализ на наличие кандидоза - результата мазка с СОР взятого натошак;

-Люминесцентная диагностика – проводили в темной комнате с использованием лампы Вуда для дифференциальной диагностики с красным плоским лишаем (КПЛ) и системной красной волчанкой (СКВ);

-Измерение биопотенциала микроамперметром при наличии металлических конструкций протезов в полости рта для выявления гальваноза;

-Консультация гастроэнтерологов, кардиологов.

Результаты исследования и обсуждение:

15 пациентов предъявили жалобы на необычный цвет слизистой оболочки рта, чувство стянутости. Жалобы отсутствовали у 6 пациентов с плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки рта. В анамнезе 10 пациентов указывали – на наличие патологии сердечно-сосудистой системы (стенокардия, гипертоническая болезнь), 7 женщин отмечали хронический гастрит и 4 мужчин на появление ощущения дискомфорта после

протезирования и наличия табакокурения. Заболевание длилось около 2-3 лет. При осмотре лейкоплакические пятна выявлены на спинке языка, слизистой оболочке губ и щек. При табакокурении они были локализованы на слизистой оболочке нижней губы и языка. При патологии ЖКТ и ССС на слизистой оболочке щек и боковых поверхностях языка. При люминисцентной диагностике исключили КПЛ и СКВ, так как свечение лампы Вуда было белым (то есть характерным для плоской лейкоплакии). В общем анализе крови – у пациентов патологических изменений не было. У 1/3 пациентов выявлен в соскобах со слизистой оболочки рта – псевдомицелий *Candida albicans* и единичные дрожжевые грибки. У 9 пациентов при измерении биопотенциала с наличием в полости рта разнородных металлических конструкций (чаще всего напыление нитридом титана) – мы выявили увеличение биопотенциала в полости рта в пределах от 13 до 29 мкА, при норме равной нулю. При выявлении гальваноза гиперкератотические белые пятна располагались на деснах слизистой оболочке щек в области металлических конструкций протезов. Локализация плоской лейкоплакии при различных этиологических факторах представлена на рисунках 1,2,3.



Рис.1. Лейкоплакия на слизистой оболочке нижней губы и десны на фоне табакокурения.



Рис.2. Лейкоплакия на слизистой оболочке щек у пациентов с гипертонической болезнью.



Рис.3. Лейкоплакия на слизистой оболочке нижней губы при гальванозе, биопотенциал в полости рта 28 мкА.

Заключение и выводы:

В заключение следует отметить избирательную локализацию плоской лейкоплакии на слизистой оболочке рта в зависимости от действия вредных факторов. Применение алгоритма обследования позволяет точно поставить клинический диагноз и составить планы лечения с учетом общих и местных факторов возникновения лейкоплакии.

Литература

1. Банченко Г.В. Лейкоплакия и близкие к ней поражения слизистой оболочки полости рта / Г.В. Банченко, В.А. Молочков, С.С. Кряжева // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001. – № 5. – С. 4 -8.
2. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта // Терапевтический архив 2013; 85:10 – С. 116-118.
3. Гилева О.С. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) // О.С. Гилева, Е.Н. Смирнова, А.А. Позднякова и соавт // Пермский медицинский журнал.–2012.– № 6.– С.18-24.
4. Герасимова Л.П., Чемикосова Т.С., Вильданов М.Н., Кабирова М.Ф., Голубь А.А./ Особенности диагностики кератозов слизистой оболочки рта в поликлинических условиях// Журнал «Практическая медицина» - №4 (72), 2013. С.42-43.
5. Клиническая патофизиология для стоматолога / В.Т. Долгих, И.Е. Матусов, В.И. Чесноков и др. М.; Н. Новгород, 2000. - 200 с.
6. Кабирова М.Ф., Усманова И.Н., Лебедева А.И., Ахметов Т.Ф./ Морфологические исследования эпителия слизистой оболочки ротовой полости, пораженной простой и веррукозной лейкоплакией // Клиническая стоматология. - М., 2011.-№2.- С. 64-66.
7. Лукиных, Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных. Н. Новгород, 2000. - 367 с.

УДК – 616.31-008.712-07-08

О.А. Гуляева, О.В. Башарова, Д.В. Гареева

**АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ГАЛИТОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

Башкирский государственный медицинский университет Уфа

Резюме: Запах изо рта - одно из наиболее распространенных неблагоприятных состояний полости рта, которым страдают около 70% населения земного шара. Для исследования данной патологии было проведено комплексное стоматологическое обследование и анкетирование 355 пациентов АУЗ РСП в течение 5 месяцев. Проведенное исследование, показало, что проблема галитоза у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, зависит от их стоматологического статуса и образа жизни.

Ключевые слова: галитоз, неприятный запах, соматодисодия

O.A.Gulyaeva, O.V. Basharova, D.V. Gareeva

AN ANALYSIS OF THE PROBLEM OF HALITOSIS PATIENTS

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Halitosis - one of the most widespread adverse conditions of an oral cavity which is suffered by about 70% of the population of the globe. For research of this pathology complex stomatologic examination and questioning of 355 patients of AUZ RSP within 5 months has been conducted. The conducted research, has shown that the problem of a galitoz at the patients who have asked for the stomatologic help, depends on their stomatologic status and a way of life.

Key words: halitosis, bad breath, somatodisodiya

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется проблеме изучения галитоза - устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком [2]. Актуальность проблемы галитоза имеет аспекты медицинского и психологического характера, потому что, во-первых, его наличие может быть индикатором патологии различных органов и систем организма, во-вторых, галитоз и страх галитоза оказывают огромное негативное влияние на социальную жизнь личности [3]. Частота встречаемости галитоза у населения Европы составляет 50-65 %. По данным Американской ассоциации стоматологов, в США этим заболеванием страдают 30 % населения. В России распространенность галитоза находится в пределах 30-50 % [1,4]. Социологические исследования в различных странах мира свидетельствуют об увеличении лиц, которые

проявляют тревогу в связи с появлением у них запаха изо рта. Галитоз – устойчивый неприятный запах изо рта, который не устраняется традиционными средствами профилактики и гигиены. В настоящее время эта проблема в стоматологии поставлена несколько иначе, и появились новые подходы и возможности ее решения. Стоматолог – один из основных специалистов, курирующих проблему галитоза как в научных исследованиях, так и в практическом здравоохранении. Как правило, пациенты с явлениями галитоза в первую очередь идут на прием к стоматологу, который может и должен правильно оценить ситуацию (различит мнимый и истинный, физиологический и патологический галитоз), установить причину галитоза, устранить оральные источники галитоза и помочь пациенту минимизировать проблемы галитоза, не связанные со стоматологией. Кроме того, проблема галитоза может послужить поводом для привлечения внимания населения к гигиене полости рта.

Цель исследования. Анализ проблемы галитоза у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, оценка взаимосвязи проявлений галитоза от уровня гигиены полости рта и интенсивности кариеса.

Материалы и методы: В течение 5 месяцев было проведено комплексное стоматологическое обследование 355 пациентов АУЗ РСР, включавшее опрос, осмотр, сбор анамнеза, стоматологическое обследование, оценка индексов КПУ, ОНI-S и их анкетирование по разработанной нами анкете. Полученные результаты статистически обработаны с использованием стандартных методов.

Результаты и обсуждение:

В результате исследования, среднее значение индекса КПУ обследованных составил – $7,25 \pm 1,15$; среднее значение индекса ОНI-S у исследуемых – $2,4 \pm 0,8$.

Анализ частоты проявлений галитоза показал, что из 355 опрошенных пациентов:

1. 215 человек – 60,56% чувствуют запах почти сразу после чистки зубов и в течение суток. Значение КПУ в этой группе исследования составило $6,9 \pm 0,3$ (высокий показатель интенсивности кариеса), индекс гигиены - ОНI-S $3,1 \pm 0,4$.

2. 68 (19,2%) чувствуют неприятный запах изо рта в течение дня, а средняя интенсивность поражения зубов кариесом в данной группе согласно индекса КПУ $3,9 \pm 0,8$ (это средний показатель интенсивности), значение индекса Грина-Вермилиона составило $2,3 \pm 0,5$

3. 72 человека (20,24%), которые по результатам анкетирования не жалуются на запах изо рта, имеют показатель средней интенсивности кариеса равный $2,4 \pm 0,7$ (что является низким показателем по классификации ВОЗ), индекс ОНI-S $1,8 \pm 0,2$.

Анкетирование показало, что средствами дополнительной гигиены (ополаскиватель, флоссы, ершики) пользуются 147 пациентов- это 41,4% анкетированных. У 307 опрошенных из анамнеза выявлены, сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта - 86,5%. Алкоголь и табак употребляют 165 человек – это 46,4% , индекс средней интенсивности составил 7 (очень высокий показатель). Газированные напитки и кофе часто употребляют 352 человека, что составляет 98,87%. А спортом занимаются и следят за питанием 56 человек - всего 15,7%; индекс данной группы людей составил 4 (умеренный показатель). На вопрос о том, регулярно ли Вы посещаете кабинет стоматолога - положительно ответили 136 анкетированных -38,31% .

Заключение. Таким образом, проведя анализ собранного материала, мы установили что более половины опрошенных (60,56%) часто испытывает неприятный запах изо рта. По результатам анкетирования чувство свежести в полости рта сохраняется лишь в течение короткого времени после чистки зубов. При этом о надобности использовать дополнительные средства оральной гигиены знает меньше половины анкетированных. Мы выяснили, что почти половина опрошенных регулярно употребляет алкоголь и табак, а занимается спортом и рационально питается всего шестая часть наших пациентов. Так же всего 38,31% человек регулярно посещает кабинет стоматолога.

Установлена прямая корреляционная зависимость галитоза от степени интенсивности кариеса и уровня гигиены: пациенты с соматодисодией имеют высокий уровень интенсивности кариеса и низкий уровень гигиены, а пациенты, которых не беспокоит данная патология, имеют низкий показатель индекса КПУ и удовлетворительный или хороший уровень гигиены. Результаты исследования позволяют рекомендовать уделять большее внимание общению стоматолога с пациентом о пользе качественной гигиены, вреде курения и алкоголя для организма в целом и полости рта, важности регулярного посещения стоматолога, профилактике галитоза.

Литература

1. Аврамова О.Г. Галитоз: новая проблема в стоматологии / О.Г. Аврамова // Стоматология. для всех. — 2004. — № 1. — С. 18-20.
2. Мищенко М.Н. Клинико-диагностическая значимость галитоза при гингивите. автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Чита, 2009. – 3 с.
3. Попруженко Т.В. Галитоз / Т.В. Попруженко, Н.В. Шаковец. М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 48 с.
4. Соловьева А.М. Проблема галитоза медицинский аспект / А.М. Соловьева // Тр. VII Всерос. съезда стоматологов. — 2001. - С. 348-349.

УДК 616.314-089.23:616-079 (04)

Д.В. Гареева, А.Н. Ганеев, А.Р. Гельмутдинова
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Резюме. Дистальная окклюзия является одной из наиболее сложных зубочелюстных аномалий. Уже на ранних этапах формирования прикуса дистальная окклюзия сопровождается значительными морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями. Степень выраженности дистальной окклюзии можно установить с помощью телерентгенографического исследования.

Ключевые слова: ортодонтия, дистальная окклюзия, телерентгенография в боковой проекции.

D.V. Gareeva, A.N. Ganeev, A.R. Gelmutdinova
RENTGENOLOGICAL DESCRIPTION OF PATIENTS WITH DISTAL
OCCLUSION

State budget institution of higher professional education «Bashkir state medical university»
Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa, Russia

Abstract. Distal occlusion is one of the most complicated dento-maxillo-facial deformation. Even on the early stage of bite's development distal occlusion is accompanied by significant morphological, functional and esthetic disorders. The degree of distal occlusion can be evaluated with the help of the teleroentgenogram.

Key words: orthodontics, distal occlusion, teleroentgenogram in lateral projection.

Актуальность: дистальная окклюзия является сложной зубочелюстной аномалией, негативно сказывающейся на психоэмоциональном состоянии больного [5]. Она характеризуется не только морфологическими нарушениями зубов и лицевого отдела черепа, функциональными изменениями функций мышц челюстно-лицевой области и ВНЧС, что так же определяется рентгенологическими признаками. Распространенность дистальной окклюзии, по данным различных авторов, в постоянном прикусе составляет 21,5% [1]. Успех ортодонтического лечения дистальной окклюзии зубных рядов во многом зависит от установки диагноза, учитывающего нюансы детального строения зубочелюстной системы [2,4]. Очень важным методом такой диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий являются цефалометрические исследования, базирующиеся на методе телерентгенографии.

В наше время уровень ортодонтической помощи предусматривает довольно сложные формы диагностики, без которых ни раннее предупреждение зубочелюстных аномалий и деформаций, ни их последующее аппаратное или реконструктивное лечение не могут быть выполнены. Популярность телерентгенографии в ортодонтии обусловлена рядом обстоятельств, имеющих непосредственное значение как для практики, так и для теории [2,3].

По данным телерентгенограммы, полученной перед началом лечения, можно определить положение челюстей относительно друг друга, положение зубов относительно челюстей, вид окклюзии, патологии скелета в челюстно-лицевой области, наличие асимметрий. Анализ телерентгенограммы дает возможность определить направление передвижения зубов, спрогнозировать результат ортодонтического лечения, спланировать проведение челюстно-лицевой операции. Так при дистальной окклюзии могут быть морфологические изменения как на зубоальвеолярном, так и на гнатическом уровнях, что обуславливает степень тяжести развития зубочелюстной деформации и последующее комплексное лечение. Таким образом, у пациентов с дистальной окклюзией необходим точный цефалометрический анализ имеющихся нарушений в строении лицевого скелета и в частности зубочелюстного аппарата, который невозможно провести без телерентгенограммы.

Цель исследования: выполнить анализ данных телерентгенографии в боковой проекции у пациентов с дистальной окклюзией. Обследованы 19 пациентов с дистальной окклюзией в возрасте с 13 до 19 лет. Проведен цефалометрический анализ 19 телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции.

Материалы и методы исследования: было обследовано 19 пациентов с дистальной окклюзией в возрасте от 13 до 19 лет, из них 13 пациентов женского пола и 6 пациентов мужского пола. Для оценки линейных размеров челюстей, взаиморасположения апикальных базисов, анализа соотношения челюстей и определения скелетного роста лицевого отдела черепа проводилось исследование телерентгенограмм (ТРГ) в боковой проекции. ТРГ выполнялась в стандартных условиях на рентгенодиагностическом аппарате Trophy с цефалостатом Orthoslice 1000. Всем пациентам было предложено пройти телерентгенографическое исследование до ортодонтического лечения с целью выявления изменений в челюстно-лицевой области. Изучались следующие параметры: SNA, ANB, NSL-NL, NSL-ML, NL-ML, I-SN, I-ML, I-I, β , величина угла Go, а также линия Wits. Анализ ТРГ головы в боковой проекции проводили по методике, принятой на кафедре ортодонтии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Результаты и обсуждение: изучение телерентгенограмм в боковой проекции доказала наличие характерных изменений денальных показателей для обследуемых пациентов с дистальной окклюзией. При изучении параметров ТРГ в боковой проекции выявлено, что наиболее информативные углы – это SNA, SNB, ANB, свидетельствующие об антепозиции верхней челюсти по отношению к основанию черепа (табл. 1). Параметр \angle SNA, характеризующий положение апикального базиса верхней челюсти относительно переднего основания черепа превысил значение нормы в среднем на 3, что говорит о прогнатическом соотношении зубных рядов и подтверждает наличие у обследованных дистальной окклюзии. У всех пациентов отмечалось нормальное расположение апикального базиса нижней челюсти по отношению к переднему основанию черепа, о чем свидетельствует показатель \angle SNB, который в среднем составил $80,2^\circ$. Исследование такого показателя как ANB, дающего представление о взаимоотношении апикального базиса и размера челюстей, выявило изменения, характерные для дистального соотношения зубных рядов. Значение параметров углов NSL-NL, NSL-ML, NL-ML, I-SN, I-ML, I-I варьировались в пределах нормы. Угловой показатель нижней челюсти Go практически остался неизменным. Показатели угла β у 2 пациентов отличались в сторону уменьшения по сравнению с нормой, что подтверждает диагноз дистальной окклюзии (II скелетный класс по Энгля). Значение линии Wits у 5 пациентов составило более 7 мм, что является показанием к удалению отдельных зубов, у остальных 14 пациентов линия Wits – менее 5 мм, что свидетельствует о лечении без удаления зубов. На основании изучения параметров ТРГ выявлено, что из общего количества обследованных у 89,42 % была диагностирована зубоальвеолярная форма дистальной окклюзии, а у 10,58 % - скелетная форма дистальной окклюзии.

Таблица 1

Цефалометрические показатели ТРГ

Цефалометрические параметры	Норма	Средние результаты значения ТРГ
\angle SNA	$80,2^\circ \pm 3^\circ$	$83^\circ \pm 3^\circ$
\angle SNB	$80^\circ \pm 3^\circ$	$80,2^\circ \pm 1,3^\circ$
\angle ANB	$2,0^\circ \pm 0,34^\circ$	$4,4^\circ \pm 1,2^\circ$
NSL-NL	$8,5^\circ$	$7,2^\circ \pm 1,8^\circ$
NSL-ML	$32^\circ \pm 3^\circ$	$29,6^\circ \pm 3,2^\circ$
NL-ML	$22,7^\circ \pm 4,3^\circ$	$24^\circ \pm 3,5^\circ$
I-SN	104°	$103,5^\circ \pm 2,6^\circ$
I-ML	90°	$88,2^\circ \pm 1,5^\circ$
I-I	130°	$128,5^\circ \pm 3,0^\circ$

$\angle\beta$	$35^{\circ}\pm 3^{\circ}$	$32,4\pm 3,7^{\circ}$
Wits	1-2 мм	$4,3\pm 1,0$ мм
$\angle\text{Go}$	130°	$130,5^{\circ}\pm 1,5^{\circ}$

Заключение и выводы: успех лечения пациентов с дистальной окклюзией во многом определяется точностью диагностики. Решающее значение при постановке диагноза играет телерентгенографическое исследование лицевого скелета в боковой проекции, которое позволяет выявить ведущие патогенетические механизмы и провести дифференциальную диагностику сочетанных форм данной аномалии, которая не может быть осуществлена на основании только клинических данных.

Литература

1. Анохина А.В., Хабибуллина Л.Ф.. Проблемы диагностики дистальной окклюзии — данные современной литературы. // Научно-практический медицинский журнал. Практическая медицина 04 (13).
2. Намханов В.В. Функциональная анатомия жевательного аппарата человека / В.В. Намханов, Ю.Л. Писаревских. — Улан-Удэ: БГУ, 2011. — 48 с.
3. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия / Санкт-Петербург. 2007 – 80 с.
4. Тимченко Д. А., Шутова Т. О. Лечение дистальной окклюзии с применением корректоров II класса. Журнал. Проблемы стоматологии. Выпуск № 5 / 2012 – 60 с.
5. Хорошилкина Ф.Я. Диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий с учетом морфологических, функциональных, эстетических, этиопатогенетических и общих нарушений организма / Ф.Я. Хорошилкина // Ортодонтия. — 2005. — № 1. — 3-9 с.

УДК 616.314-089.23(470.57) (04)

Д.В. Гареева, А.Н. Ганеев, А.Р. Гельмутдинова

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В Г. УФЕ И
РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ЗА 2012-2014 ГГ.**

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Резюме. Одной из важнейших проблем в стоматологии является распространённость зубочелюстных аномалий, что в определенной мере обусловлено недостаточным изучением структуры и роли различных факторов риска в развитии зубочелюстных аномалий.

Ключевые слова: ортодонтия, дистальная окклюзия, мезиальная окклюзия, открытый прикус, перекрестный прикус.

D.V. Gareeva, A.N. Ganeev, A.R. Gelmutdinova

**PREVALENCE OF DENTOFACIAL ANOMALIES IN UFA AND REPUBLIC OF
BASHKORTOSTAN ACCORDING TO MEDICAL RECORDS OF DENTAL PATIENTS
IN ASM "REPUBLICAN DENTAL CLINIC" FOR 2012-2014**

**State budget institution of higher professional education «Bashkir state medical
university» Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa, Russia**

Abstract. One of the most important problems in dentistry is the prevalence of dentofacial anomalies, due in part to insufficient study of the structure and role of different risk factors in the development of dentofacial anomalies

Key words: orthodontics, distal occlusion, mesial occlusion, open bite, cross bite.

Актуальность: Распространенность зубочелюстных аномалий можно рассматривать как один из значимых показателей, характеризующих состояние здоровья. Данные исследований используются для разработки организационных принципов профилактики зубочелюстных аномалий и специализированной ортодонтической помощи [4,5]. По многочисленным данным эпидемиологических исследований частота зубочелюстных аномалий остается высокой. Одной из важнейших проблем в стоматологии является проблема профилактики зубочелюстных аномалий, что в определенной мере обусловлено недостаточным изучением распространенности, структуры и роли различных факторов риска в развитии зубочелюстных аномалий и деформаций. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и их отдельных нозологических форм в разные периоды формирования прикуса

имеет важное значение при решении различных вопросов: расчета необходимого количества врачей-ортодонтонтов, организации сети ортодонтических отделений и кабинетов, планирования врачебно-профилактических мероприятий и т. д. [1]. Профилактика зубочелюстных аномалий заключается в проведении комплекса мероприятий, направленных на предупреждение и устранение этиологических и патогенетических факторов, оказывающих влияние на развитие зубочелюстной системы. Для нормального развития органов полости рта и коррекции аномалий прикуса на ранних стадиях формирования зубочелюстной системы необходимы совместные усилия родителей, стоматологов и врачей других специальностей, работающих с детьми [2,3].

Цель исследования: изучение и анализ распространенности зубочелюстных аномалий в г.Уфе и Республике Башкортостан по данным медицинских карт стоматологических больных в АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника» за 2012-2014 гг.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач проанализированы данные 284 медицинских карт стоматологических больных за 2012-2014 гг., получившие ортодонтическое лечение в АУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника». При постановке диагноза использовались следующие нозологические формы зубочелюстных аномалий по классификации ВОЗ: дистальная окклюзия, мезиальная окклюзия, открытый прикус, перекрестный прикус, первичная адентия, ретенция, скученность, вестибулярное и небное (язычное) положение зубов. Также анализировалось нарушение глотания, как челюстно-лицевая аномалия функционального происхождения.

Из числа 284 обследованных пациентов лица женского пола составило 78,0%, мужского пола 22,0%.

Все обследованные пациенты распределены на 5 возрастных групп:

1 группа- 6-12 лет (2009-2003 г.р.)- 24 пациента; 2 группа- 13-17 лет (2002-1998 г.р.)-64 пациента ; 3 группа- 18-24 лет (1997-1991 г.р.)- 98 пациентов ; 4 группа- 25-34 лет (1990-1981 г.р.)- 76 пациентов; 5 группа- более 35 лет (с 1980 г.р.)- 22 пациента.

Результаты и обсуждение. Данные по зубочелюстным аномалиям в разных группах представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Распространенность зубочелюстных аномалий в г. Уфа и Республике Башкортостан, в

%

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Зубочелюстные аномалии					

Дистальная окклюзия	-	7,4	15,5	12,3	2,1
Мезиальная окклюзия	-	2,1	3,9	5,7	0,3
Открытый прикус	-	1,1	3,5	2,8	0,7
Перекрестный прикус	0,3	1,7	2,8	3,5	1,0
Скученность	1,4	14,0	22,5	26,1	7,8
Вестибулярное положение зубов	0,3	8,4	12,3	12,0	3,9
Небное (язычное) положение зубов	0,3	6,0	12,0	10,9	1,8
Первичная адентия	-	0,3	1,1	1,4	-
Ретенция	0,3	0,7	1,0	1,0	0,3
Нарушение глотания	0,3	0,3	1,0	0,7	-

По данным исследования в структуре аномалий прикуса наиболее высокий удельный вес занимает дистальная окклюзия, которая составила от всех зубочелюстных аномалий 37,7%. Следующими по частоте встречаемости следуют: мезиальная окклюзия – 12,0%, перекрестный прикус – 9,5%, открытый прикус – 8,1%. В структуре аномалий положения отдельных зубов – 71,8%. Вестибулярное положение зубов составило 37,0%, небное (язычное) положение зубов 31,0%, первичная адентия – 2,8%, ретенция – 3,5%, нарушение глотания – 2,5%. Наибольший процент распространенности зубочелюстных аномалий отмечается в 3 и 4 возрастных группах, т.е. в возрасте 18-24 и 25-34 лет. Анализ распространенности зубочелюстных аномалий в зависимости от местности проживания позволил сделать следующие выводы: частота обращаемости за ортодонтическим лечением преобладает у жителей города Уфы. Данные отображены в диаграмме 1.

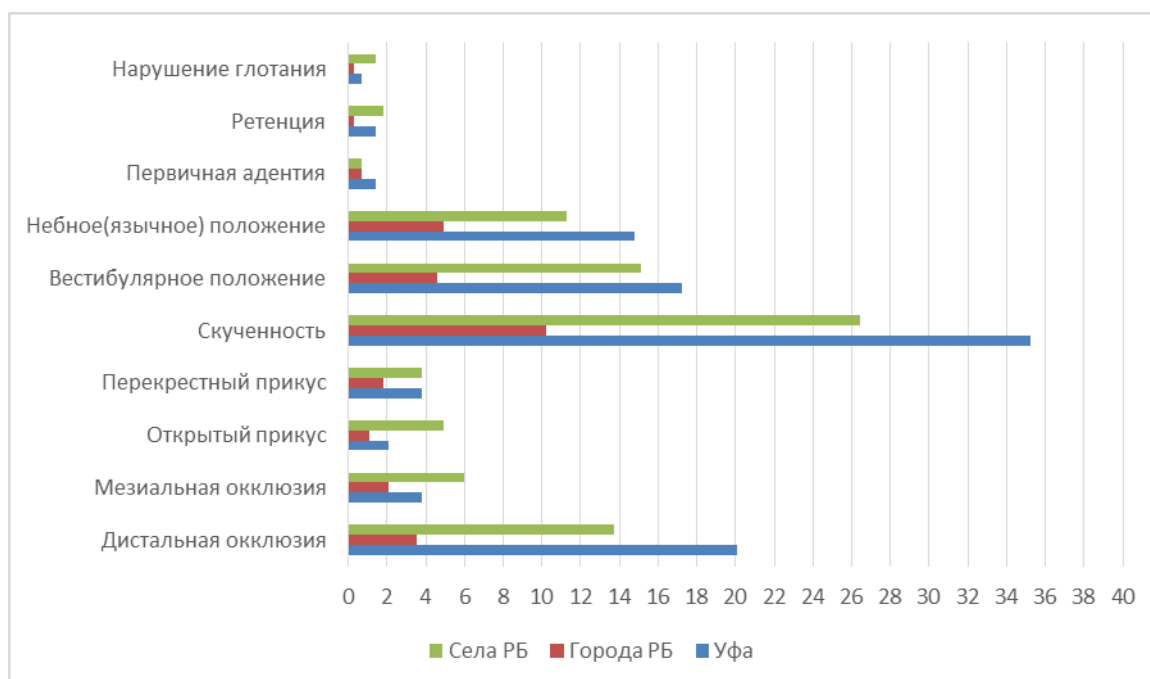


Рис. 1. Распространенность зубочелюстных аномалий в зависимости от местности проживания

Заключение и выводы: по данным исследования в структуре аномалий прикуса наиболее высокий удельный вес занимает дистальная окклюзия. В структуре аномалий положения отдельных зубов наиболее часто встречается скученность, вестибулярное, небное (язычное) положение зубов. Частота обращаемости за ортодонтическим лечением преобладает у жителей города Уфы.

Литература

1. Гунаева С.А. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей города Уфы и обоснование их комплексной профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 23 с.
2. Персин, Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование. – М. – 2010. – 44с.
3. Пропедевтическая ортодонтия : учебное пособие / Ю. Л. Образцов, С. Н. Ларионов.2007. - 22 с.
4. Профит У.Р. Современная ортодонтия /под ред. Л.С. Персина. – МЕДпресс, 2008. – 560с.
5. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое: Учеб. пособие. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 32с.

УДК: 616.311.2-083

А.Р.Ахметова, З.Р.Хасанова

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, ГБОУ ВПО БГМУ

Минздрава России, г. Уфа, Россия

Резюме. Проведенное исследование показало высокую эффективность применения фотодинамической терапии при хроническом гингивите у лиц молодого возраста, которое подтверждено выраженным снижением показателей стоматологических индексов и нормализацией микробного профиля полости рта.

Ключевые слова: фотодинамическая терапия в лечении хронического гингивита

A.R. Akhmetova, Z.R.Khasanova

**THE EFFECTIVENESS OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN THE TREATMENT
OF CHRONIC GINGIVITIS IN YOUNG ADULTS**

The Department of Therapeutic Dentistry

Bashkir State Medical University

Abstract. The study showed high efficacy of photodynamic therapy in chronic gingivitis in young people, which is confirmed by a pronounced decline in rates of dental indices and the normalization of the microbial profile of the oral cavity.

Key words: photodynamic therapy in the treatment of chronic gingivitis.

Актуальной проблемой в стоматологии остается то, что несмотря на определенные достижения в лечении воспалительных заболеваний и совершенствовании программ профилактики, сохраняется высокий уровень распространенности заболеваний пародонта у лиц молодого возраста в различных регионах России, который составляет от 83,6% до 98% [3]. Кроме того, данная патология связана с ухудшением экологии из-за загрязнения окружающей среды, избытком химических веществ в пищевых продуктах, вредными привычками (курение, прием алкоголя, наркотиков), распространенностью инфекционных заболеваний, иммунодефицитными состояниями, аллергизацией, психоэмоциональным напряжением. Лица молодого возраста находятся под влиянием активной физиологической перестройки организма и хронического стресса. Все это при одновременном снижении уровней местной резистентности и повышении психоэмоционального напряжения приводит к предрасположенности развития ВЗП у данной категории лиц [3].

Одним из ведущих этиологических факторов в развитии воспалительных заболеваний тканей пародонта принято считать микрофлору зубной бляшки и зубного налета (биопленки). С современной точки зрения хронический гингивит - воспалительный инфекционный процесс, основной причиной которого являются не специфические микроорганизмы полости рта, а различные их ассоциации. Немаловажное значение имеет резистентность тканей пародонта к бактериальной инфекции, представленной грамотрицательными и грамположительными кокками, облигатными и факультативными анаэробами, актиномицетами, простейшими, фузобактериями, дрожжеподобными грибами [1,3].

Несмотря на определенные успехи в лечении хронических воспалительных заболеваний пародонта, поиск новых средств и методов воздействия на патогены, с возможностью сохранения нормофлоры, остается актуальным и перспективным направлением [2].

В последние годы с успехом используются методы лечения заболеваний пародонта с использованием лазерного излучения, основанные на взаимодействии лазерного излучения и препарата, наносимого на слизистую десны. Действие биогеля в сочетании с лазерным воздействием приводит к гибели имеющихся ассоциаций микроорганизмов, не затрагивая нормофлору [2,4].

Цель исследования: Оценка эффективности применения фотодинамической терапии в лечении хронического простого маргинального гингивита у лиц молодого возраста.

Материал и методы исследования: Проведено комплексное стоматологическое обследование 30 студентов медицинского университета (средний возраст $21,2 \pm 0,17$ года) с диагностированным хроническим простым маргинальным гингивитом. Клинические исследование и лечение больных проводили на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ. Среди всех обследованных было 12 (37,6%) мужчин и 18 (62,4%) женщин.

Все обследованные были разделены на две клинические группы: I группа - 15 пациентов, которым было проведено традиционное лечение (50%), II группа – 15 (50%) пациентов, которым в схему лечения была включена фотодинамическая терапия.

Обследование и динамическое наблюдение во всех группах проводились в одинаковые сроки. В диагностике ВЗП, оценке их тяжести и распространенности использовали общепринятые классификации. С целью получения эпидемиологических сведений для оценки распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, унификации методов стоматологического обследования у лиц молодого возраста и получения сопоставимых результатов мы использовали комбинированную карту,

рекомендованную ВОЗ. Состояние тканей пародонта оценивали по клиническим методикам, в рамках которого выясняли жалобы, анамнез, наличие сопутствующих заболеваний. Определение стоматологического статуса включало обследование твердых тканей зубов (индекс КПУ), для количественной оценки уровня гигиены полости рта использовали гигиенический индекс по Грин-Вермильону, наличие и тяжесть воспалительного процесса в десне оценивали по индексу РМА, наличие и степень кровоточивости по индексу Мюллемана, для оценки состояния костной ткани применяли панорамное рентгенологическое исследование (ОПТГ).

Микробиологический метод включал микроскопическое и бактериальное исследование ротовой жидкости. Посев производили на универсальные, селективные и дифференциально-диагностические (жидкие и плотные) отечественные и импортные питательные среды: желточно-солевой агар, среда Эндо, 5% кровяной и шоколадный агары, стрептококковый бульон, среда Сабуро, трипсозо-соевый агар, среда Китта-Тароцци, МРС. Количество бактерий определяли путем подсчета колониеобразующих единиц (lg КОЕ/мл).

Фотодинамическая терапия проводилась с помощью специального "красного" лазера (аппарат АЛОД-01-"ГРАНАТ"). Используется мощность излучения 1 Вт/см², непрерывный режим и длина волны 662 нм. Последняя располагается в той части спектра, которому соответствует большая проникающая способность излучения в ткани человека.

В качестве фотосенсибилизатора применялся гель «Фотодитазин».

Результаты и обсуждения. На момент начала обследования пациенты предъявляли такие жалобы: незначительный зуд в деснах, кровоточивость при чистке зубов. При осмотре: гиперемия междесневых сосочков, наличие мягкого зубного налета в пришеечной области преимущественно жевательной группы зубов.

Индекс РМА у исследованных составил $20,0 \pm 1,1\%$ (легкая степень гингивита), индекс ИГР-у = $1,5 \pm 0,1$ (удовлетворительная гигиена полости рта), индекс Мюллемана = $2,0 \pm 0,1$ (легкая степень гингивита). Микробиологическое исследование, проведенное до лечебных мероприятий, показало наличие р. *Staphylococcus* (*Staphylococcus epidermidis*) 10^9 КОЕ/мл, *Staphylococcus aureus* 10^4 КОЕ/мл, *Str. Mutans* 10^5 КОЕ/мл, лактобактерии 10^6 КОЕ/мл.

В результате проведенного лечения в обеих группах через 3 дня при повторном обследовании пациенты жалоб не предъявляли. Однако, при осмотре во II группе было отмечено отсутствие отека и гиперемии маргинальной десны у всех пациентов. В I группе у 33 % пациентов отмечался незначительный отек и гиперемия десны.

Пациенты II группы отмечали безболезненность процедуры ФДТ и улучшение состояние десен уже через несколько часов после сеанса.

Применение и традиционной схемы лечения и фотодинамической терапии привело к положительной динамике стоматологических индексов. Однако, снижение показателей индексов РМА, ИГРУ, Мюллемана во II группе было более выраженным (рис. 1).

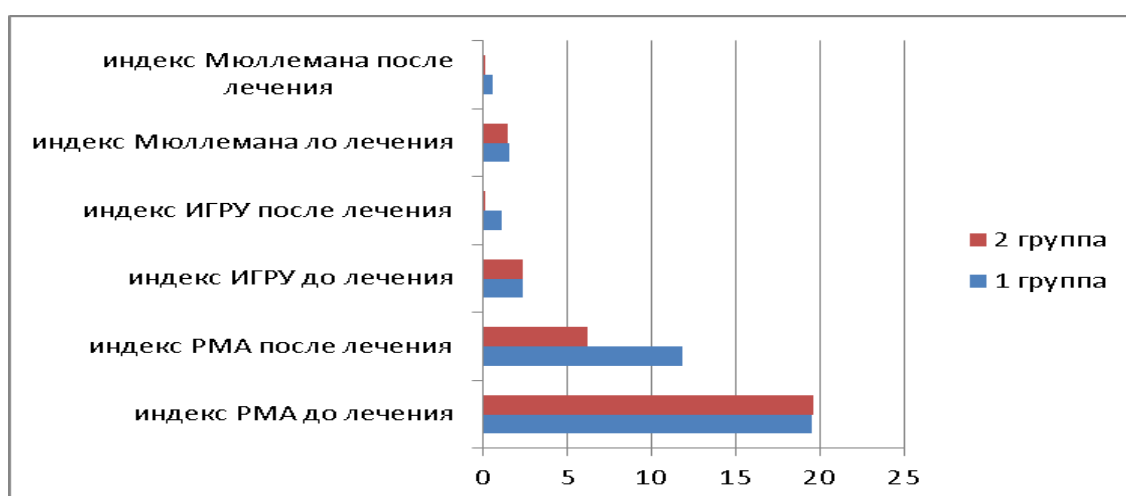


Рис. 1 Показатели стоматологических индексов до и после лечения

По результатам исследования у всех обследуемых пациентов было улучшение микробиологического профиля полости рта. Но у пациентов II группы показатели после лечения были наиболее приближенным к показателям нормы (табл.1).

Таблица 1.

Результаты микробиологического исследования полости рта до и после лечения.

Виды микроорганизмов	1 группа		2 группа		Норма (общее микробное число)
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
р. Staphylococcus (Staphylococcus epidermidis)	10^9 КОЕ/мл	10^5 КОЕ/мл	10^9 КОЕ/мл	10^2 КОЕ/мл	10^2 КОЕ/мл
Staphylococcus aureus	10^4 КОЕ/мл	10^2 КОЕ/мл	10^4 КОЕ/мл	-	-
Str. Mutans	10^5 КОЕ/мл	10^3 КОЕ/мл	10^5 КОЕ/мл	10^2 КОЕ/мл	10^2 КОЕ/мл
Лактобактерии	10^6 КОЕ/мл	10^4 КОЕ/мл	10^6 КОЕ/мл	10^2 К ОЕ/мл	10^2 КОЕ/мл

Выводы: Таким образом, использование метода фотодинамической терапии при лечении хронического простого маргинального гингивита у лиц молодого возраста обладает высоким противомикробным и противовоспалительным эффектом, позволяет заменить традиционные методы антибактериального воздействия за счет комплексного воздействия на все звенья патогенеза данного заболевания, быть эффективными в динамике наблюдения.

Литература

1. Грудянов А.И., Зорина О.А., Кулаков А.А. Количественная оценка микробиоценозов полости рта при заболеваниях пародонтита //Пародонтология-2011- №2- Т. 16- С.18-22.
2. Орехова Л.Ю., Лобода Е.С. Роль фтодинамической терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология - 2013 - №2 (67) - С. 46-52.
3. Усманова И.Н. Особенности микробиоценоза полости рта у лиц молодого возраста, проживающих в регионе с неблагоприятными факторами окружающей среды// Клиническая стоматология. 2011-№3- С. 94-96.
4. И.Н. Усманова, Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова, М.М. Туйгунов, И.Р. Усманов «Клинико - микробиологическая эффективность применения фотодинамической терапии хронического гингивита и пародонта у лиц молодого возраста», научно-практический журнал для стоматологов «Пародонтология»- №2(75)2015 –Т. XX - С 67-72

УДК 616.31-002.189-07

В.А.Аршинова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТОМ ГИНГИВИТЕ ПРЕПАРАТОВ
“МЕТРОГИЛ-ДЕНТА” И ”АСЕПТА**

**Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, Башкирский
государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. По данным эпидемиологических исследований в последние годы появилась тенденция роста пародонтологических заболеваний среди населения нашей страны. Наиболее часто встречающаяся патология пародонта в 16–20 лет – хронический гингивит, а после 30 – хронический пародонтит. Их распространенность зависит от сопутствующих заболеваний, характера питания, демографических особенностей, профессиональных факторов, климатогеографических условий. В стоматологической практике для лечения воспалительных заболеваний пародонта широко применяются препараты растительного происхождения, обладающие противовоспалительным, бактериостатическим, гемостатическим, дезинтоксикационным, дезодорирующим, кератопластическим и другими полезными свойствами. Все возрастающая популярность фитотерапии объясняется рядом объективных причин. Лекарственные препараты растительного происхождения обычно действуют мягче, чем синтетические, у них меньше нежелательных побочных эффектов, в том числе они реже вызывают аллергические реакции. Данная работа посвящена исследованию влияния геля “Метрогил-дента” и геля ”Асепта” на полость рта при хроническом генерализованном катаральном гингивите у группы лиц.

Ключевые слова. Гингивит, гель, воспаление, кровотечение.

V. A. Arshinova

**COMPARATIVE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF THERAPEUTIC ACTION AT
A CHRONIC SIMPLE GINGIVIT OF THE PREPARATIONS "METROGIL-DENTA"
AND" ASEPTA**

Department of therapeutic dentistry, Bashkir state medical university, Ufa

Resume. According to epidemiological researches growth tendency the parodontologicheskikh of diseases among the population of our country has appeared in recent years. The most often found pathology of a parodont in 16–20 years – chronic gingivitis, and after 30 – a chronic periodontal disease. Their prevalence depends on associated diseases, nature of food, demographic features, professional factors, the klimatogeograficheskikh of conditions. In

stomatologic practice the phyto genesis preparations possessing anti-inflammatory, bacteriostatic, haemostatic, desintoxicating, deodorizing, keratoplastic and other useful properties are widely applied to treatment of inflammatory diseases of a parodont. Escalating popularity of phytotherapy is explained by a number of the objective reasons. Phyto genesis medicines usually work more softly, than synthetic, at them is less than undesirable side effects, including they cause allergic reactions less often. This work is devoted to research of influence of Metrogil-denta gel and gel "Asepta" on an oral cavity at a chronic generalized catarrhal gingivitis at a group of persons.

Keywords. Gingivitis, gel, an inflammation, bleeding.

Актуальность темы:

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП), снижением эффективности лечебно-профилактических мероприятий. По данным ВОЗ заболеваниями пародонта страдают более 83% населения. У лиц 34-45 лет они встречаются в 100% случаев. Из причин отсутствия зубов в возрастной группе 45-65 лет основной является наличие ВЗП. Исходя из современной точки зрения, ВЗП относят к инфекционным хроническим воспалительным заболеваниям. Поэтому после лечения состав микрофлоры полости рта должен нормализоваться. Течение заболеваний тканей пародонта на ранних этапах характеризуется слабовыраженной симптоматикой, поэтому во многих случаях пациенты обращаются к стоматологу поздние сроки, когда болезнь уже не подлежит обратному развитию. Заболевания тканей пародонта приводят к потере зубов, снижению иммунитета полости рта, появлению очагов хронической одонтогенной инфекции. Разработка новых и совершенствование известных методов лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта является одной из наиболее значимых проблем в стоматологии.

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности терапевтического действия при хроническом простом гингивите препаратов "Метрогил-дента" и "Асепта".

Материал и методы: Обследовано 14 пациентов с гингивитом в возрасте 18-23 лет. В ходе клинического обследования проводили осмотр полости рта (преддверие, уздечки и тяжи, состояние слизистой, прикус, твердые ткани зубов, ткани пародонта). Дополнительные методы исследования: индекс гигиены Грина-Вермиллиона (1964), индекс РМА (Parma, 1960), индекс кровоточивости десневой борозды Мюллемана-Коуэлла (1975). Перед началом исследования все пациенты были обучены правилам гигиенического ухода за полостью рта. Обследование проводили до лечения, на 3-й, 6-й, 13-й дни после лечения. Лечение заключалось в удалении зубных отложений, полоскания антисептиками и

аппликации на десны геля “Метрогил-дента” (1 группа 7 человек) и геля “Асепта” (2 группа 7 человек).

Состав гелей:”Метрогил-дента”-гель содержащий антибиотик Метронидазол и антисептик Хлоргексидин. При местном применении Метрогил-дента практически не всасывается и действует только на поверхности десен. Отрицательным свойством является то, что концентрация Метронидазола в данном геле незначительна.

Гель ”Асепта”-относится к категории «Парафармацевтика».Состав:Экстракт прополиса - 10 %; вода, пропиленгликоль, карбомер, ПЭГ-40 гидрогенизированное касторовое масло, триэтаноламин, динатрия эдетат, натрия сахаринат, метилпарабен. Гель не является лечебным средством. Этот гель на основе: Прополиса. является как противовоспалительным, так и противомикробным.

Результаты и обсуждения: До лечения у пациентов индекс РМА составлял 56% (средняя степень воспаления), индекс гигиены индекс Грина-Вермильона 2,4 (индекс высокий, уровень гигиены плохой), индекс гингивита 2 степень(умеренное воспаление), индекс кровоточивости (SBI): 2 степень(кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки или в пределах 30 сек).Фиксируя данные ИГ:2 степень воспаление маргинальной десны (М) было отмечено следующее :показатели ИГ с левой стороны выше, чем с правой. Так как основная масса испытуемых правши и поэтому левая сторона чистится лучше. После проведенного лечения,который включал в себя местную терапию и обработку полости рта Метрогилом-Дента и Асептой, группы были назначены на последующие профилактические осмотры с целью наблюдения за результатами.

Индекс гигиены Грин-Вермильона после проведенных мероприятий составил в обеих группах исследования $0,8 \pm 0,1$ балл.

В результате группе, которой делались аппликации “Метрогилом-Дента” результаты появились на 3 день после использования, у второй группы, которая использовала гель “Асепта” результаты появились только на 6 день исследования (табл.1).

Таблица 1

Показатели индекса РМА до и после лечения

Группа	Индекс РМА (%)			
	До лечения	3 день	6 день	13 день
1	$56,0 \pm 1,25$	$27,5 \pm 1,66$	$11,5 \pm 1,42$	$1,6 \pm 0,22$

2	56,3± 1,57	38,6±2,44 *	23,7±1,53 *	9,3±0,22*
---	---------------	----------------	----------------	-----------

*- $p \leq 0,001$ отличие достоверно в группах исследования

После проведенного лечения произошло более выраженное улучшение показателя индекса РМА в 1 группе.

Изменение показателя индекса кровоточивости представлены в таблице 2.

Показатели индекса кровоточивости(SBI) до и после лечения

Группа	Индекс кровоточивости(SBI)			
	До лечения	3 день	6 день	13 день
1	37.8± 1.34	24.3±0.9	13.7±1.3	1.9±0.87
2	43.5± 2.05	33.8±1.2	19.5±1.54	9±1.7

*- $p \leq 0,001$ отличие достоверно в группах исследования

После проведенного лечения произошло более выраженное улучшение показателя индекса SBI в 1 группе.

Анализируя таблицы, можно сделать вывод, что при использовании геля “Метрогил-дента” и геля “Асепта” сроки устранения воспалительных явлений десны заметно сокращаются. Сравнивая средние значения показателей индексов, у большинства пациентов мы получили достоверные различия при использовании гелей. А также достоверные результаты мы получили и при лечении простого хронического гингивита, независимо от степени тяжести. Это прослеживается наглядно на представленных таблицах. Таким образом, полученные результаты подтверждают бактериостатическую эффективность, уменьшает тяжесть воспалительного процесса и образование зубного налета и обеспечивает стойкий положительный клинический эффект, это подтверждается длительной нормализацией геля “Метрогил-дента”, что позволяет рекомендовать ее в применение для контроля и купирования воспалительных явлений у пациентов с заболеваниями простого хронического гингивита.

Заключение и выводы:

Результаты проведенного клинико-лабораторного исследования гелей для полости рта “Метрогил-дента” и ”Асепта” свидетельствуют о высокой эффективности применения данных средств гигиены у взрослых пациентов с простым хроническим гингивитом.

1. Использование гелей для полости рта “Метрогил-дента” и ”Асепта” привело к быстрому купированию воспалительных явлений гингивита. Оно характеризовалось достоверным снижением показателей индексов гингивита (РМА) и кровоточивости десневой борозды (SBI).

2. В период использования гелей для полости рта “Метрогил-дента” и ”Асепта” не было выявлено местнораздражающего и алергизирующего действия на слизистую оболочку рта, а также других побочных эффектов (изменения цвета зубов, нарушения вкусовых ощущений), связанных с их применением.

3. После проведенного исследования мы можем сказать, что у исследуемых групп уровень гигиены удовлетворительный и плохой, вследствие чего преобладает гингивит средней тяжести.

4. После проведенного лечения на 7 день у первой группы полость рта пришла в норму, у второй группы полость рта пришла в норму только на 13 день лечения.

5. Гель “Асепта” значительно уступает гелю “Метрогил-Дента” в эффективности лечения.

Литература

1. Болезни пародонта: Патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / А.С. Григорян [и др.]. - М.: МИА, 2004. - 287 с.

2. Клиника, диагностика, лечение пародонтита: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей стоматологов / Ю.В. Петров [и др.]. - Самара: СамГМУ, 2005. - 214 с.

3. Гигиена полости рта - метод профилактики стоматологических заболеваний: учеб. пособие/ Башкирский гос. мед. ун-т; сост.: С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, С. А. Гунаева. - Уфа: БГМУ, 2004. - 100 с. 2к/14048

4. Практическая терапевтическая стоматология: [учеб. пособие]/ А. И. Николаев, Л. М. Цепов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 560 с. - Библиогр.: с. 540-541 15к/14011

5. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, С. В. Аверьянов; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004. - 122 с. 32к/14458

УДК 616.314-002-02:616-053.5(04)

Р. Я. Азметова, Г.М. Садыкова, Г.Р. Афлаханова

**ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ
КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ 8-9 ЛЕТ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МБОУ СОШ
№103 Г. УФА**

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Резюме: В статье представлены результаты стоматологического обследования школьников 8-9 лет, обучающихся в МБОУ СОШ №103 г. Уфа. Выявлена высокая распространенность и интенсивность кариеса временных и постоянных зубов у обследуемой группы младших школьников.

Ключевые слова: Кариес, профилактика кариеса, распространенность, интенсивность кариеса.

R.Y. Azmetova, G.M. Sadykova. G.R. Aflakhanova

**STUDY PREVALENCE AND INTENSITY OF DENTAL CARIES IN SCHOOLCHILDREN
8-9 YEARS TRAINED IN MBOU SCHOOL № 103 UFA.**

Department of pediatric dentistry and orthodontics with a course of IDPO

Bashkir State Medical University

Resume: The article presents the results of dental examination of schoolchildren 8-9 years enrolled in MBOU School №103 Ufa. The high prevalence and intensity of caries of temporary and permanent teeth in the survey group, younger students.

Keywords: Caries, prevention caries, the prevalence and intensity of caries

Актуальность проблемы. Проблема профилактики кариеса зубов у детей остается актуальной ввиду высокой распространенности и интенсивности этого заболевания среди детского населения [1]. Наибольшая частота кариозного поражения приходится на период формирования и роста организма ребенка [5]. Данные клинического наблюдения свидетельствуют о том, что первые постоянные моляры поражаются кариесом уже через полгода после прорезывания, а в первые 12-18 месяцев кариесом поражаются более 50% поверхности фиссур зубов. Если у детей 7-ми лет кариес жевательной поверхности составляет около 70%, то у детей 12-ти лет – более чем 90% [6]. Активность развития кариеса на жевательных поверхностях чаще встречается в возрасте 7-9 лет, а проксимального кариеса – с 11 до 13 лет [2]. Отсутствие своевременного лечения начальных форм кариеса

зубов у детей приводит к развитию осложненных форм кариеса с вероятностью дальнейшей преждевременной потерей.

Цель исследования: изучить показатели распространенности и интенсивности кариеса временных и постоянных зубов у детей 8-9 лет, обучающихся в МБОУ СОШ №103 г. Уфа. Определить степень активности кариеса зубов по методике Т.Ф. Виноградовой и Е.Е. Маслак. При первичном осмотре у каждого ребёнка определить уровень индивидуальной гигиены полости рта с использованием индекса Фёдорова-Володкиной.

Материалы и методы исследования. Клиническое обследование проводилось в постоянно функционирующем стоматологическом кабинете МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №103» Демского района г. Уфа. Было проведено обследование 71 школьника в возрасте от 8 до 9 лет. Из общего числа обучающихся 1-2 классов, количество девочек составило 34 человека, мальчиков - 37 человек. Стоматологическое обследование выполнялось по стандартной методике. При этом изучали показатели распространённости и интенсивности кариеса отдельно временных и постоянных зубов с помощью индексов «кп» (временные зубы) и «КПУ» (постоянные). Анализировали структуры индекса «кп» по компонентам «к», «п» (временные зубы) и «К», «П», «У» — постоянные. Для оценки распространённости и интенсивности кариеса использовали критерии ВОЗ. Изучали распространённость и интенсивность фиссурного кариеса первых постоянных моляров с помощью индекса «ИКПз» [7]. Определяли степень активности кариеса зубов по методике Т.Ф. Виноградовой и Е.Е. Маслак. При первичном осмотре у каждого ребёнка определяли уровень индивидуальной гигиены полости рта с использованием индекса Фёдорова-Володкиной. Оценку результатов уровня гигиены полости рта проводили согласно градации: «хорошая», «удовлетворительная», «неудовлетворительная», «плохая», «очень плохая».

Результаты исследования и их анализ. Среди обследованных школьников у 11 детей (15,4%) были выявлены интактные зубы (без признаков кариозного поражения), у 8 детей (11,2%) полость рта была санирована, а 52 школьника (73,2%) нуждались в стоматологическом лечении. Распространённость кариеса временных и постоянных зубов составила 82,8%, что свидетельствует о массовой заболеваемости по оценке ВОЗ. Интенсивность кариозного процесса (КПУ+кп) составила $2,30 \pm 0,27$ (средний уровень интенсивности кариозного процесса). Такой уровень интенсивности кариеса в возрасте 8-9 лет объясняется уменьшением значения компонента «кп» (за счёт физиологической смены временных зубов). Распространённость кариеса временных (70,4%) и постоянных зубов (38,02%) оценивалась, как средняя. Распространённость фиссурного кариеса у детей составила 56,3%. Установлено, что у осмотренных детей в первых постоянных молярах

доминирующим оказалось поражение кариесом жевательных поверхностей (87,0%). Интенсивность кариозного процесса постоянных зубов у обследованных детей по индексу «ИКПз» составила $3,77 \pm 0,19$, что характеризуется, как средний уровень. Среди обследованных школьников 9% учащихся имели декомпенсированную, 25% детей – субкомпенсированную, 38% – компенсированную форму кариеса. Анализ гигиены полости рта (по индексу Фёдорову-Володкиной) составил в среднем $1,88 \pm 0,07$, что характеризует уход за полостью рта, как удовлетворительный.

Вывод. Изучение распространенности и интенсивности кариеса временных и постоянных зубов у школьников младших классов показало, что в профилактических мероприятиях нуждались все дети указанной категории, нуждаемость в санации полости рта составила 73,2% (52 школьника). Таким образом, можно сделать вывод о том, что высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей школьного возраста, высокая потребность детей в стоматологической помощи, диктует о необходимости привлечения к работе в школьных стоматологических кабинета стоматологов-гигиенистов. Это позволит расширить работу школьного стоматологического кабинета в профилактическом направлении и даст возможность проведения более эффективной диспансеризации детей.

Литература

1. Бенья В.Н. Профилактика кариеса жевательных поверхностей постоянных зубов у детей и подростков: автореф., дис...канд. мед. наук:14.01.21./Бенья В.Н.- Москва,2006.-20 с.
2. Кондева В. Кариес жевательных поверхностей постоянных моляров в детском возрасте – роль их морфологии / В. Кондева, М. Куклева, С. Петрова [и др.] // Стоматология. – 2008. – №6. – С. 56–62.
3. Лукиных Л.М., Косюга С.Ю. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и мотивация к регулярному уходу за полостью рта у детей // Новое в стоматологии.-2001.-№ 5.-С.13-75.
4. Мак-Дональд Р.Е., Эйвери Д.Е. Стоматология детей и подростков/Москва:МИА, 2003,-371 с.
5. Паздникова Н.К. Клинико-лабораторное обоснование применения герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у детей: автореф. Дис. ...канд. Мед. Наук:14.01.21./Паздникова Н.К.- Москва, 2009.-21с.
6. Хоменко Л.А. Герметизация фиссур постоянных зубов у детей с использованием отечественного герметика «Фиссурит – LC» / Л.А. Хоменко, Е.И. Остапко, А.И. Подчерняев [и др.] // Современная стоматология. – 2002. – №3. – С. 78–80.

7. А.с. RU2428100/A61B5\00.Способ определения интенсивности кариеса постоянных зубов у детей в период сменного прикуса./Г.А. Лях (и др.)- №20091103400/14;заяв.20.03.09;опубл.27.09.10

8. Menon P.V. Comparison of antibacterial properties of two fluoride – releasing and a nonfluoride – releasing pit and fissure sealants / P.V. Menon, N.D. Shashikiran, V.V. Reddy // J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent. – 2007. – Vol. 25, №3. – P. 133–136.

616.314-089.843 УДК

Т.А. Абзалилов, Д.М. Хасанов

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕМЕДЛЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

**Кафедра хирургической стоматологии, Башкирский государственный
медицинский университет (Уфа, Россия)**

Резюме. На современном этапе развития стоматологии одной из главенствующих тем стало стремление к быстрому, скорому решению проблем зубочелюстной системы. Пациенты в большинстве своем хотят как можно скорее устранить дефекты зубного ряда, и процесс лечения, не занимающий большого количества времени, снижает уровень их дискомфорта, психологически более благоприятен для них. Существенное место в вопросах решения проблем ЗЧС, вызванных частичной или полной адентией, стала занимать денальная имплантация. В этой области способом, позволяющим сократить процесс лечения в некоторых клинических ситуациях, является метод одномоментной денальной имплантации в лунку зуба сразу после удаления.

Ключевые слова. Имплантация, денальный имплантат, резорбция.

T.A. Abzalilov, D.M. Khasanov

ADVANTAGES OF IMMEDIATE DENTAL IMPLANTATION

Department of dental surgery

Bashkir state medical university (Ufa, Russia)

Abstract. At modern stage of development of dentistry one of the most important topics became desire for quick and early solution for problems of dentition system. Patients mostly want to eliminate defects of dentition as quick as it possible, and treatment process which not take long reduces the level of discomfort and psychologically more favorable for them. An important place in ways of solution of dentition problems caused by partial or total edentia was taken by dental implantation. In this field method which can reduce time of treatment process is single-stage (immediate) implantation in tooth hole right after removal of the tooth.

Keywords. Implantation, dental implant, resorption.

Актуальность. В настоящее время в стоматологии в повседневную практику активно внедряются ускоренные методы имплантации. Их основой является высокий уровень успешности, прогресс в терапии и технические инновации. Немедленная имплантация, быстрая фиксация временных реставраций на имплантатах позволяет сохранить имеющиеся твердые (костные) и мягкие ткани без проведения дополнительной аугментации, что сокращает продолжительность лечения. По результатам многочисленных исследований была

определена высокая эффективность применения этой методики в практике, также и для устранения одиночных дефектов в эстетически значимой области. В данной статье представлены исследования клинической эффективности немедленной имплантации и последующей немедленной нагрузки на дентальные имплантаты.

Для успешности лечения посредством немедленной имплантации в лунку удаленного зуба необходимо соблюдение ряда условий:

- 1) минимально травматичное удаление зубов;
- 2) сохранность вестибулярной компактной пластинки альвеолы;
- 3) достаточный объем костной ткани для установки имплантата - минимум 1,5-2 мм костной ткани вокруг тела имплантата;
- 4) тщательный кюретаж, санация лунки зуба после удаления;
- 5) отсутствие обширных очагов острого или хронического воспаления около корня зуба, опухоли в операционной области;
- 6) установка имплантатов с моментом вращения 35 Н/см.

При лечении посредством имплантации основное время уходит на то, что бы имплантат прижился в кости (произошел процесс остеоинтеграции – прорастания клеток костной ткани в тело имплантата), в то время как сама операция имплантации (установка одного имплантата) может длиться не более 20 минут. Исходя из последних исследований, на верхней челюсти оптимальное время для полного завершения процесса остеоинтеграции – 5-6 месяцев, на нижней челюсти – 3-4 месяцев. При использовании традиционного протокола имплантации после удаления, общие сроки лечения могут растянуться до 8-10 месяцев. В таких ситуациях проведение немедленной имплантации в лунки удаленных зубов значительно сокращает сроки лечения, в среднем на 3-6 месяцев.

Для достижения хорошего эстетического результата, формирования здоровых мягких тканей в зоне имплантации и сохранения объема костной ткани проводят заполнение пространств между дентальным имплантатом и лабиальной кортикальной пластинкой. Используют различные костнопластические материалы. Если случится снижение толщины вестибулярной кортикальной пластинки, то может произойти обнажение тела дентального имплантата, что повлечет за собой нарушение эстетики и снижение функциональности работы. Главный же вопрос, который ставится перед врачом-хирургом имплантологом, это приживется ли имплантат в кости, не будет ли каких-либо осложнений в послеоперационный период.

Рассмотрим преимущества немедленной имплантации. Основное преимущество – это существенное сокращение сроков лечения, минимум на 3-6 месяцев. Это происходит за счет

исключения этапа зарращения лунки зуба костью после удаления. Удаление и немедленную имплантацию можно проводить двумя методиками: «закрытая» и «открытая» методика.

При «закрытой» методике удаление зуба и установка имплантатов происходят без отслойки слизисто-надкостничных лоскутов, мягкие ткани отслаивают только на уровне зубодесневой связки. При «открытой» перед удалением рассекают ткани, отслаивают лоскут, впоследствии, после имплантации, края слизисто-надкостничных лоскутов ушиваются наглухо.

Методики хирургического вмешательства и протезирования.

Для всех пациентов использовалась одна методика хирургического вмешательства. Первичная профилактика антибиотиками начиналась за один час до имплантации и продолжалась в течение 5 дней. Все операции проводились под местной анестезией, после их завершения пациентам выписывались соответствующие анальгетики и выдавались рекомендации по проведению необходимых гигиенических мероприятий.

Этапы немедленной имплантации:

1) пациент приходит на лечение, по показаниям ему проводят атравматичное удаление зубов (с особой осторожностью, чтобы предотвратить фрактуру вестибулярной компактной пластинки. Также для сохранения питания вестибулярной костной ткани рекомендуется не отслаивать слизисто-надкостничный лоскут) ;

2) проводят тщательную кюретажную обработку лунки, медицинскую обработку, проверяют отсутствие очагов хронического воспаления, при необходимости дополнительно препарируют лунку, формируя ложе для имплантата;

3) одновременно устанавливают имплантат в лунку удаленного зуба, при необходимости заполняют пространства (пустоты) костнопластическими материалами. При установке имплантатов необходимо обеспечить вращающий момент 35 Н/см для достаточной первичной стабильности, необходимой для немедленной нагрузки [рис.1];

4) далее в зависимости от условий лечения (состояния кости, локализации дефекта, цели операции) проводят одну из нижеследующих манипуляций

5.1) в тело имплантата закручивают формирователь десневой манжеты, десна заживает и охватывает шейку имплантата, впоследствии проводят отсроченное протезирование;

5.2) изготавливают временную полимерную реставрацию, фиксируют на временный цемент [рис. 2, 3, 4]. После фиксации проводят дополнительные контрольные рентгеновские снимки для определения высоты вертикальных костных структур и периапикальных тканей [рис. 5];

6) через 3-4 месяцев на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти (время, необходимое для полного приживления имплантата в кости) пациент возвращается в

клинику с новым снимком конусно-лучевой компьютерной 3D томографии, ему снимают временные зубные протезы и устанавливают постоянные реставрации [рис. 6].

Для изготовления постоянной реставрации временные реставрации снимались, изготавливали слепок имплантата и его позиция с высокой точностью переносилась на рабочую модель. Фиксация постоянных реставраций осуществлялось с помощью винтового соединения или традиционной технологии цементирования.

Контрольные обследования проводились через 6, 12 и 24 мес.

Когда на только что установленные имплантаты фиксируют временные коронки или мостовидные протезы, они включаются в прикус, и на них начинают оказывать функциональную нагрузку. Если костная ткань челюсти лишена такой нагрузки (после удаления зуба), то происходит ее резорбция (убыль), высота альвеолярного отростка может снизиться на 3-5 мм в первые полгода. Поэтому для сохранения ткани кости по показаниям бывает целесообразно давать немедленную функциональную нагрузку на кость челюсти через фиксацию временных протезов на имплантаты.

Также к преимуществам данной методики имплантации относится сохранение естественной структуры мягких тканей в ходе операции (при использовании «закрытой» методики) – контуров десны, ее маргинальной части, что способствует более естественному и быстрому формированию десневой манжеты вокруг шейки имплантата.

Немедленная имплантация удобна для пациентов, для которых очень важна эстетика челюстно-лицевой области. Уровень психологического дискомфорта становится существенно меньше, т.к. сокращается или полностью устраняется адентия, очень быстро устраняется дефект зубного ряда, причиняющий пациенту неудобства эстетического и функционального плана.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение преимуществ немедленной дентальной имплантации, доказательство состоятельности и целесообразности данной методики на основе статистических данных по операциям дентальной имплантации.

Материалы и методы исследования. При изучении медицинских карточек внимание было обращено на состояние завершенности процессов остеоинтеграции дентальных имплантатов в кости челюсти, отсутствие осложнений, резорбции костной ткани в послеоперационный период.

В течение 3 лет (2010-2013 гг.) были установлены 152 винтовых имплантата 62 пациентам. Функциональная нагрузка осуществлялась полными съемными протезами с балочными фиксаторами, частично съемными протезами на локаторах. Преимущественно в эстетически значимой области были установлены несъемные временные реставрации непосредственно после операции имплантации, но без функциональной нагрузки (вне

окклюзии). Большинство из имплантатов использовались для реконструкции одиночных дефектов. Данные и опыт, описанный в данном 3-летнем анализе, показывают, что осуществление немедленной нагрузки на имплантаты с применением соответствующих хирургических и ортопедических техник может быть достаточно предсказуемой техникой для сокращения периода восстановления зубов, при которой удовлетворяются потребности пациентов даже при ограниченных показаниях. Немедленные реставрации на имплантатах в эстетически значимой области без осуществления функциональной нагрузки – вполне успешный метод в тех случаях, когда имеется высокая первичная стабильность имплантатов.

Период наблюдения за имплантатами составил от 12 до 36 мес. Отмечены 2 неудачные имплантации в беззубой челюсти, обе в течение первых 2 месяцев нагрузки. Все остальные имплантаты до сих пор функционируют с приемлемыми параметрами костных и мягких тканей. Резорбция костной ткани более 3 мм наблюдалась у 6 имплантатов, установленных в беззубой челюсти. После остеоинтеграции имплантатов (через 3 месяца после установки имплантатов и немедленной нагрузки временной реставрацией вне окклюзии) была осуществлена функциональная нагрузка с помощью функционально нагруженной керамической коронки. Исследования сравнивались с двухэтапной методикой имплантации, и результаты показали, что глубина периимплантатного зондирования и резорбция костной ткани значительно не различались при функциональной и нефункциональной нагрузке имплантатов.

Результаты и обсуждение. За время исследования было утрачено только 4 из 155 введенных имплантатов. Два имплантата были удалены через 35 дней после начала воздействия функциональных нагрузок. Это единственный случай отторжения имплантата. Два других имплантата были удалены через 5 месяцев после начала воздействия функциональных нагрузок. По истечении максимального срока наблюдения (30 месяцев) процент выживаемости имплантатов составляет 97,37%. Средняя величина деструкции вертикальных костных структур в области имплантации составляет 0,99 мм через один год и 1,66 мм через два года после установки имплантатов.

Заключение и выводы. Если обобщить результаты клинических исследований, то можно прийти к выводу, что вероятность успеха при немедленном введении одиночных имплантатов находится в диапазоне от 85 до 99,9%.

В подавляющем большинстве случаев степень атрофии и рецессии мягких тканей составляет примерно 1 мм. Этот процесс следует рассматривать, как неизбежное последствие физиологической адаптации костных и мягких тканей к форме внешней поверхности имплантата и их реакцию на наличие микрозоров между имплантатом и костными тканями (биологическая ширина). С другой стороны, немедленная имплантация позволяет сохранить

оптимальную структуру межпроксимальных мягких тканей, что является несомненным достоинством этой методики.

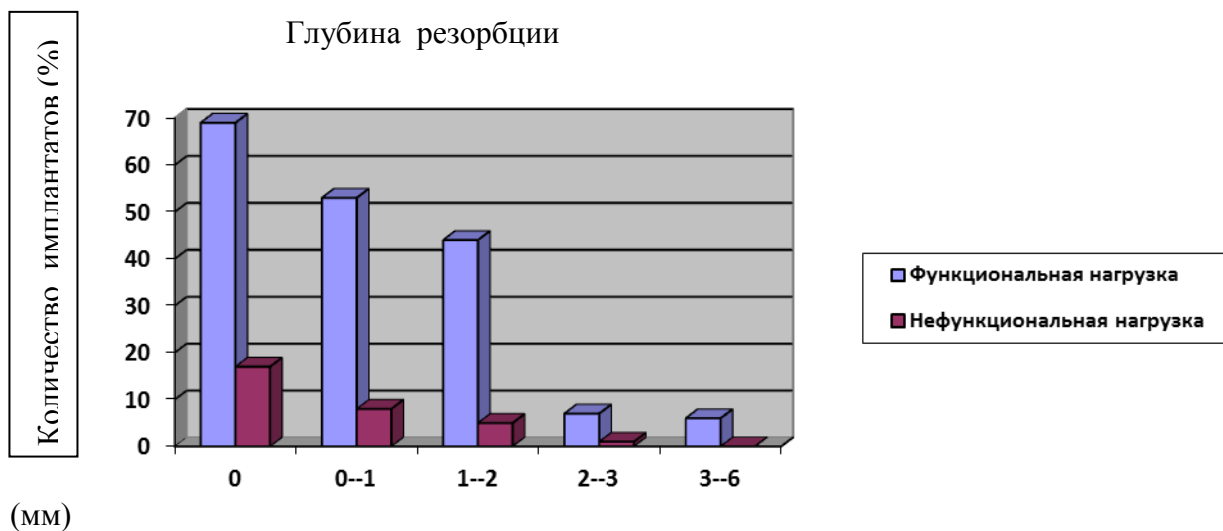


Таблица 1. Периимплантатная резорбция костной ткани

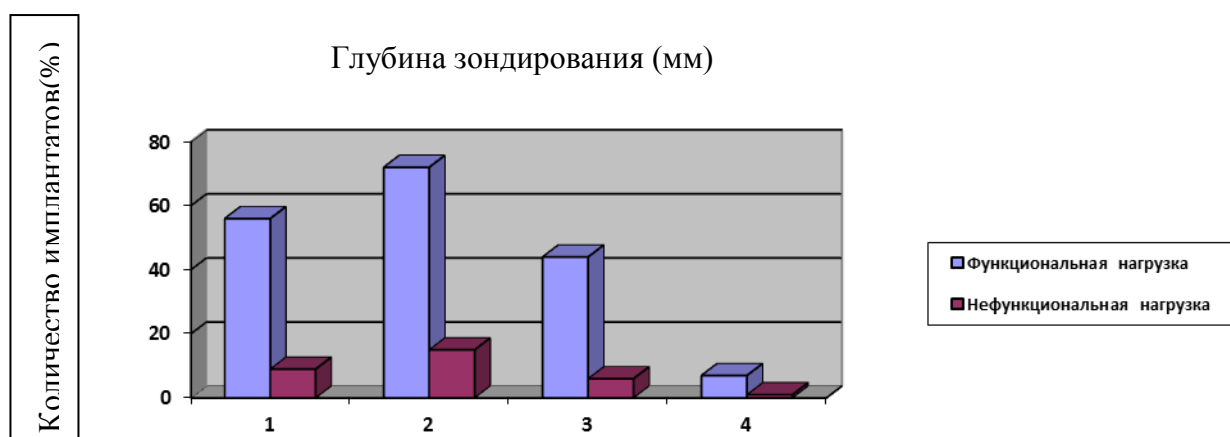


Таблица 2. Периимплантатная глубина зондирования



Рис. 1

Рис. 2

Рис. 3



Рис 4

Рис 5

Рис 6

Литература

1. Мушеев И.У. Практическая дентальная имплантология: [руководство] / Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фромович О.З. – 2-е изд., доп. – М.: Локус Станди, 2008. – С. 361-373
2. Андре Саадун. Эстетика мягких тканей в области зубов и имплантатов / Андре Саадун; под общ.ред. М.Угриня. – Изд. Галдент, 2013. – с. 179
3. Майкл С. Блок. Дентальная имплантология: хирургические аспекты / Майкл С. Блок; пер. с англ. ; под общ.ред. М.В.Ломакина. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – С. 232-256
4. Малгожата Петруска, Ян Петруски. Пародонто-имплантологическая пластическая хирургия / Малгожата Петруска, Ян Петруски; пер. с укр. –2-е изд., доп. – Изд. Галдент, 2015. – 282 с.

ФАРМАЦИЯ

УДК 547.781.1

Г.А. Тараканова, Г.М Кучумова, Р.Д. Аюпова, А. Р. Валиева, И. М. Шарипов
СИНТЕЗ МЕТИЛОВЫХ ЭФИРОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ИМИДАЗОЛА,
СОДЕРЖАЩИХ ТИЕТАНОКСИДНЫЙ ЦИКЛ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Исходя из диметилового эфира 2-бром-1-(тиетанил-3)имидазола-4,5-дикарбоновой кислоты и метилового эфира [4,5-дибром-1-(тиетанил-3)имидазол-2-тио]уксусной кислоты синтезированы диметилловый эфир 2-бром-1-(1-оксоиетанил-3)имидазол-4,5-дикарбоновой кислоты и метилловый эфир [4,5-дибром-1-(1-оксоиетанил-3)имидазол-2-тио]уксусной кислоты.

Ключевые слова. Имидазол, тиетан, метилловый эфир.

Tarakanova G.A., Kuchumova G.M., Aiupova R.D., Valieva A.R., Sharipov I.M.

**SYNTHESIS OF METHYL ESTERS ON THE BASIS OF IMIDAZOLE
 DERIVATIVES CONTAINING OXOTHIEANE RING.**

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The dimethyl ester of 2-bromo-1-(1-oxothietanyl)imidazol-4,5-dicarboxylic acid and methyl ester of [4,5-dibromo-1-(1-oxothietanyl-3)imidazolyl-2-thio]acetic acid were synthesized from the dimethyl ester of 2-bromo-1-(thietanyl-3)imidazol-4,5-dicarboxylic acid and methyl ester of [4,5-dibromo-1-(thietanyl-3)imidazol-2-thio]acetic acid.

Key words. Imidazole, thietane, methyl ester.

Актуальность. Производные имидазола – перспективный класс лекарственных препаратов, которые имеют широкий спектр применения в медицине. На основе имидазола синтезированы препараты, применяющиеся для лечения многих заболеваний. Например, нафтизин и ксилометазолин – сосудосуживающие средства, тиамазол и мерказолил – антитиреодные средства, этимизол – аналептик, миконазол – противогрибковое средство [4].

В литературе мало сведений о методах синтеза и биологической активности производных имидазола, содержащих тиетановый цикл, поэтому изучение химических и биологических свойств синтеза новых потенциально биологических активных тиетаносодержащих производных имидазола актуально.

Цель работы. Разработка методов синтеза метиловых эфиров на основе производных имидазола, содержащих тиетаноксидный цикл и прогноз биологической активности синтезированных соединений.

Материалы и методы. Индивидуальность синтезированных соединений была подтверждена тонкослойной хроматографии на пластинках «Sorbfil». Пятна проявлялись в йодной камере. Строение доказано с помощью ЯМР ^1H и ИК-спектроскопии. Спектры ЯМР ^1H сняты на приборе «Bruker». ИК спектры сняты на приборе «Инфралюм ФТ-02» в таблетках с калия бромидом.

Результаты и обсуждение. В качестве исходных соединений были использованы диметиловый эфир 2-бром-1-(тиетанил-3)имидазол-4,5-дикарбоновой кислоты (1) и метиловый эфир [4,5-дибром-1-(тиетанил-3)имидазолил-2-тио]уксусной кислоты (3), полученные по известным методикам [2, 3]. Нами изучены реакции окисления соединений 1 и 3 перекисью водорода. Установлено, что оптимальными условиями являются проведение реакции в среде ледяной уксусной кислоты при комнатной температуре при мольном соотношении реагентов 1:2 соответственно (рисунки 1 и 2). В результате образуются диметиловый эфир 2-бром-1-(1-оксотетанил-3)имидазол-4,5-дикарбоновой кислоты (2) и метиловый эфир [4,5-дибром-1-(1-оксотетанил-3)имидазолил-2-тио]уксусной кислоты (4).

Рис. 1. Схема реакции окисления диметилового эфира 2-бром-1-(тиетанил-3)имидазол-4,5-дикарбоновой кислоты

Рис. 2. Схема реакции окисления метилового эфира [4,5-дибром-1-(тиетанил-3)имидазолил-2-тио]уксусной кислоты

В ИК спектрах синтезированных соединений 2, 4 наблюдаются полосы поглощения валентных колебаний связей S=O групп при 1060 и 1052 cm^{-1} соответственно, что подтверждает образование тиетаноксидного цикла. Спектры ЯМР ^1H содержат характерные

сигналы протонов оксогетанового цикла, метокси-групп и остатка тиогликолевой кислоты (соединение 4).

Далее нами был произведен прогноз биологической активности соединений 1-4 в интернет версии программы PASS [1]. Полученные результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Прогноз биологической активности по структурным формулам соединений 1-4 в интернет версии программы PASS

№ п/п	Химическая формула	Активность	P_a^*	P_i^*
1		Ингибитор СУР2Н субстрата	0,739	0,028
		Ингибитор фусаринин-Ц орнитинэстеразы	0,621	0,042
		Антиоксидантная	0,551	0,005
		Антивирусная	0,528	0,016
2		Антиоксидантная	0,577	0,005
		Ингибитор фусаринин-Ц орнитинэстеразы	0,557	0,064
		Ингибитор цистенил аминопиптедазы	0,436	0,006
		Ингибитор НАДФ пероксидазы	0,484	0,073
3		Ингибитор 3А фосфодиэстеразы	0,770	0,001
		Антиоксидантная	0,528	0,005
		Ингибитор фусаринин-Ц орнитинэстеразы	0,522	0,079
		Антивирусная	0,482	0,032
4		Ингибитор 3А фосфодиэстеразы	0,735	0,001
		Антиоксидант	0,537	0,005
		Ингибитор фосфодиэстеразы	0,491	0,004
		Ингибитор фосфодиэстеразы 3	0,476	0,003

*Примечание:

- P_a – расчетное значение вероятности наличия активности;
- P_i – расчетное значение вероятности наличия активности.

Выводы. Таким образом, нами изучен метод синтеза метиловых эфиров на основе производных имидазола, содержащих тиетаноксидный цикл. В результате получены диметиловый

эфир 2-бром-1-(1-оксотетанил-3)имидазол-4,5-дикарбоновой кислоты (2) и метиловый эфир [4,5-дибром-1-(1-оксотетанил-3)имидазол-2-тио] уксусной кислоты, изучены их физико-химические свойства и синтезированные соединения переданы на биологические испытания. Проведено прогнозирование биологической активности по структурным формулам в интернет версии программы PASS. В результате можно выделить несколько видов биологической активности, по которым необходимо провести скрининговые исследования синтезированных соединений. Необходимо изучить их антиоксидантную, противовирусную, а также ингибирующую и активность в отношении различных ферментов.

Литература

1. <http://www.pharmaexpert.ru>
2. Валиева А.Р. Исследование реакции диметилового эфира 2-бром-1-(тетанил-3)имидазол-4,5-дикарбоновой кислоты с гидразингидратом // А.Р. Валиева, Ф.А. Халиуллин, Г.Ф. Магадеева // Башкирский химический журнал.- 2012.- Т.19. - №1. – С. 214-216.
3. Магадеева Г.Ф., А.Г. Пестрикова, Шарипов И.М., Халиуллин Ф.А. Изучение реакции гидразида 2-[4,5-дибром-1-(тетанил-3)имидазол-2-тио]уксусной кислоты с карбонильными соединениями // Баш. хим. ж. – 2012. Т. 19, №1. – С. 217-219.
4. Машковский, М.Д. Лекарственные средства // М.Д. Машковский. – 15-е изд., перераб., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство Новая волна», 2008. – 1152с.

УДК 615.15(04)

Л.Р. Сагадиева, С.Н. Ивакина

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РАЦИОНАЛЬНОГО
АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ**

**Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и
фармацевтического товароведения, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа**

Резюме. На основе системного и маркетингового анализов разработаны организационно-методические подходы, позволяющие оценить рациональность ассортимента лекарственных препаратов, применяемых в лечебном процессе, по различным показателям и предложить пути его возможной оптимизации.

Ключевые слова. Рациональный ассортимент, аптека медицинской организации.

L.R.Sagadieva, S.N.Ivakina.

**SYSTEMATIC METHODS OF APPROACH TO THE FORMING OF EFFICIENT
ASSORTMENT OF MEDICINAL DRUGS AT THE CHEMIST`S OF MEDICAL
ORGANIZATION.**

**Department of Management and Economics of Pharmacy course with MFM, Bashkir
state medical university, Ufa**

Summary. Practical and systematic approaches are developed on the basis of systematic and marketing analyses. These approaches give opportunity to appreciate the efficiency of assortment of medicinal drugs, that are used in medical process according to different indices and suggest ways of its possible optimization.

Key words. Efficient assortment, chemist`s of medical organization.

Актуальность. В условиях рыночной системы обеспечения лекарственными препаратами, наблюдается постоянное сокращение бюджетного финансирования системы здравоохранения, что сказывается дефицитом денежных средств на лекарственное обеспечение стационарных больных [2,3]. Необходимо осуществлять закупку более дешевых лекарственных препаратов, но с учетом их качества, эффективности и безопасности. Для того, чтобы соблюсти все вышеперечисленные параметры, необходимо проведение исследований по оценке рациональности имеющегося ассортимента лекарственных

препаратов в аптеке медицинской организации и оценить целесообразность использования выделенных ассигнований.

Цель работы: разработка организационно-методических подходов к оценке рациональности формирования ассортимента лекарственных препаратов в аптеке медицинской организации.

Материалы и методы: на основе системного и маркетингового анализов нами предложены организационно-методические подходы, позволяющие оценить рациональность ассортимента ЛП, применяемых в лечебном процессе медицинской организации, и включающие в себя четыре этапа.

I этап. Формирование информационной базы о лекарственных препаратах, используемых в лечебном процессе.

1.1. Структуризация ассортимента по группам согласно АТС- классификации.

1.2. Сравнительный анализ лекарственных препаратов анализируемой группы, используемых в лечебном процессе медицинской организации.

1.2.1. Расчет широты ассортимента препаратов, используемых в лечебном процессе.

1.2.2. Сравнительный анализ фармакологических свойств на основе принципов доказательной медицины.

II этап. Проведение затратно-частотного анализа ассортимента лекарственных препаратов анализируемой группы.

2.1. ABC-анализ ассортимента анализируемой группы

2.2. Распределение лекарственных препаратов по частоте назначения (объему закупки).

2.3. Построение совмещенной затратно-частотной матрицы.

III этап. Ситуационный анализ ассортимента лекарственных препаратов, применяемых в лечебном процессе медицинской организации.

3.1. Распределение ассортимента лекарственных препаратов анализируемой группы по маркетинговым характеристикам (производитель, форма выпуска, включение в перечень ЖНВЛП и т.д.).

3.2. Сравнительный анализ цен производителей и поставщиков лекарственных препаратов, анализируемой группы.

IV этап. Разработка практических рекомендаций для медицинской организации по формированию рационального ассортимента лекарственных препаратов анализируемых групп.

Результаты и обсуждение: согласно разработанным подходам на I этапе проводится структуризация ассортимента лекарственных препаратов по 5 уровням:

- ✓ первый уровень включает общее название группы и обозначается буквой латинского алфавита;
- ✓ второй уровень включает фармакологическую подгруппу, которая обозначается трехзначным буквенно-цифровым кодом;
- ✓ третий уровень обозначается четырехзначным буквенно-цифровым кодом;
- ✓ четвертый уровень включает пятизначный буквенно-цифровым код;
- ✓ пятый обозначается семизначным буквенно-цифровым кодом и содержит непосредственно лекарственные препараты.

Далее проводится сравнительный анализ лекарственных препаратов анализируемых групп, используемых в лечебном процессе медицинской организации с препаратами данной группы, представленными в классификации, с последующим расчетом широты ассортимента. Кроме этого, на данном этапе анализируются фармакологические и фармакокинетические свойства на основе принципов доказательной медицины.

На втором этапе с использованием метода затратно-частотного анализа (ABC-123) проводится разделение лекарственных препаратов, применяемых в лечебном процессе, на три группы, в зависимости от степени затратности и частоты применения (объема закупки) [1]. На лекарственные препараты, входящие в группу А, тратится до 70-80% денежных средств, выделяемых на закупку лекарственных препаратов, в группу В – до 10-20% денежных средств и группу С - от 5 до 10%. Распределение ЛП по объёму закупки (в натуральных показателях) позволяет разделить лекарственные препараты на три группы: препараты, закупаемые в больших, средних и малых количествах.

На третьем этапе проводится анализ маркетинговых характеристик анализируемой группы лекарственных препаратов, а именно: страна-производитель, поставщик, форма выпуска, вхождение в перечень ЖНВЛС, на основании которых составляются табличные данные, подлежащие анализу. В результате сравнительного анализа цен поставщиков, с учетом формы выпуска, дозировки и количества единиц в упаковке, выявляются производители и поставщики, предлагающие наиболее рациональный ассортимент лекарственных препаратов с учетом ценовой доступности.

На четвертом этапе на основе результатов, полученных на предыдущих этапах, формируется перечень лекарственных препаратов с учетом затратности, частоты применения (объема закупки), обладающих оптимальными фармакокинетическими параметрами и имеющих наименьшую цену.

Заключение и выводы: Разработанные методические подходы позволяют оценить рациональность использования имеющегося ассортимента ЛП, а также выявить возможные

направления экономии и оптимального использования денежных средств, выделяемых на закупку лекарственных препаратов для лекарственного обеспечения стационарных больных.

Литература

1. Ивакина, С.Н. Разработка методических подходов и алгоритма ситуационного анализа для оптимизации ассортимента аптечной организации / С.Н.Ивакина, Г.Ф.Лозовая, Л.А. Зотова, Л.И.Запорожская// Медицинский альманах - №5(18) сентябрь, 2011 – с.286-289
2. Ивакина, С.Н. Вестник ВолгГМУ : приложение (Материалы V Всероссийского научно-практического семинара молодых ученых с международным участием «Геномные и протеомные технологии при создании лекарственных средств»)/ С.Н. Ивакина// Волгоград: ВолгГМУ, 2014.-с.48-50
3. Ивакина, С.Н. Разработка технологии оптимизации лекарственной помощи в условиях стационара (статья) Научная дискуссия: вопросы медицины. №2 (18): сборник статей по материалам XXIII международной заочной научно-практической конференции/С.Н. Ивакина//М., изд-во «Международный центр науки и образования», 2014. -с.178-184

УДК 613.9

С. И. Кальментьева, Г. Л. Гиндуллина

**РАЗРАБОТКА И ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ВИТАМИНИЗИРОВАННОГО
МАРМЕЛАДА ДЛЯ ДЕТЕЙ**

ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж», г. Бирск

*Резюме. В первые годы жизни ребенку особенно важно заложить фундамент здорового иммунитета. Этому способствует правильно подобранный рацион питания. Пища должна быть богата витаминами и минералами. Но привить детям любовь к полезной пище не всегда легко. В этой ситуации альтернативой могут стать мармеладные витамины для детей. **Детские витамины-мармеладки** содержат все самое необходимое для здорового роста и развития малыша. Они улучшают психоэмоциональное состояние и укрепляют иммунитет.*

Ключевые слова. Витаминизированный мармелад, витамины, здоровое питание, иммунитет.

S.I. Kalmentieva, L.F. Gindullina

**THE DEVELOPMENT AND STUDY OF THE PROPERTIES OF VITAMINIZED
MARMALADE FOR CHILDREN.**

State autonomous professional educational establishment of Bashkortostan «Birsk medical and pharmaceutical college», Birsk

Abstract. At the first year of the child is particularly important to lay the foundation of a healthy immunity. This contributes to proper selection of diet. Food should be rich in vitamins and minerals. It is not easy to instill love for healthy food to children. In this situation can become an alternative for children marmalade-vitamins. They improve the psycholmotional state and strengthen the immunity system.

Key words. Vitamin marmalade, vitamins, healthy food, immunity.

Актуальность. Каждый человек хочет быть здоровым. Здоровье – это богатство, которое нельзя купить за деньги или получить в подарок. Люди сами укрепляют и разрушают то, что им дано природой. Одним из важнейших элементов этой созидательной и разрушительной работы – это питание. Всем хорошо известно мудрое изречение: «Человек есть то, что он ест». В составе пищи, которую мы едим, содержатся различные вещества, необходимые для нормальной работы всех органов, способствующие укреплению организма. К незаменимым, жизненно важным компонентам питания наряду с белками, жирами и

углеводами относятся витамины. Прежде всего, витамины – это жизненно необходимые соединения, т.е. без них невозможна нормальная работа организма. При отсутствии витаминов или их недостатке в рационе обязательно развивается определенное заболевание или нарушается здоровье в целом.

Цель исследования. Используя знания состава и действия витаминов растительного происхождения, а также знания фармацевтической технологии приготовить мармелад на основе сока облепихи, мякоти шиповника и определить их фармакологическое применение. Для реализации поставленной цели нами решались следующие задачи:

1. Изучить лекарственные свойства облепихи крушиновидной;
2. Получить сок из облепихи;
3. Приготовить мармелад;
4. Проанализировать мармелад и его упаковку;
5. Сделать выводы о проделанной работе.

Материал и методы:

1) Теоретический – анализ растительного сырья и изучение его химического состава. Лекарственные растения и препараты растительного происхождения организмом переносятся лучше синтетических, дают меньше нежелательных побочных эффектов.

Облепиха благодаря своим целебным действиям: иммуностимулирующему, противовоспалительному, антимикробному, общеукрепляющему и другим, облепиха получила царственный титул «оранжевая королева здоровья». Облепиха содержит более 100 необходимых человеку веществ, в том числе витамины и минералы. Облепиха уникальна еще и потому, что ягоды облепихи не теряют своих свойств при консервации.

- Большинство простудных заболеваний может быть предотвращено или ослаблено диетой с использованием аскорбиновой кислоты. Аскорбиновая кислота принимает непосредственное участие в реакциях углеводного обмена, в образовании стероидных гормонов, в свертывании крови. Без нее в организме прекращается синтез коллагена, увеличивается ломкость и проницаемость капилляров.

- Витамин Е является мощнейшим антиоксидантом, который препятствует повреждению клеток и стимулирует иммунитет.

- Дефицит минералов (прежде всего, цинка) способствует снижению иммунитета и повышает риск острых респираторных заболеваний (ОРЗ) при переохлаждении.

- Селен считается гарантом работы иммунной системы, формирует иммунную защиту организма.

2) Практический – изготовление витаминизированного мармелада для детей. Многие родители знают, как порой бывает трудно уговорить ребенка принять лекарство или

витамины. Малыши идут на любые хитрости — убегают, крепко сжимают зубы, выплевывают горькую пилюлю. Кажется, убедить кроху съесть полезную, но не очень вкусную таблетку, практически невозможно. Но мы нашли выход! Чтобы накормить избирательного в еде ребенка, родителям порой приходится идти на самые разные хитрости. Приятной альтернативой уговорам «скушать хоть ложечку полезной каши» могут стать **мармеладные витамины для детей**.

3) Экспериментальный – проведение химических реакций на содержание аскорбиновой кислоты.

Результаты и обсуждение. В результате изученного нами материала по лекарственным свойствам облепихи крушиновидной, шиповника майского мы провели анализ на содержание аскорбиновой кислоты в соке облепихи.

Нам понадобились: 2 % раствор соляной кислоты, 1 % раствор йодида калия (КJ), 0,5 % раствор крахмала. Технические весы, аналитические весы, мерные колбы вместимостью 100 мл, воронки для фильтрования, бумажные фильтры, цилиндры мерные вместимостью 50 мл.



Техника определения: На технических весах взвешиваем 10 г сырья, измельчаем в ступке в течение 10 минут, затем переносим в мерную колбу вместимостью 100 мл, доводим очищенной водой до метки, перемешиваем и фильтруем через бумажный фильтр. В коническую колбу отбираем 20 мл раствора,

добавляем 1 мл 2 % раствора соляной кислоты, 0,5 мл 1 % раствора йодида калия до синего окрашивания, что доказывает содержание в плодах облепихи аскорбиновой кислоты.

С целью реализации поставленных задач нами рассмотрены этапы разработка и реализация витаминизированного мармелада для детей.

На этапе исследования нами осуществлялся сбор объективной и достоверной информации об изучаемом процессе. Мы исследовали ассортимент витаминов в виде мармелада в аптеке «Апельсин» города Бирск. В ассортименте имелось пять видов мармелада, которые они закупали каждые две недели: «ВитаМишки», «ВитрумКидс», «ЮнивитКидс», «Зайчонок». Исследование проводилось месяц. Было продано 19 витаминов

- «ВитаМишки»(53 %) , 9- «ЮнивитКидс»(25%), 7- «ВитрумКидс»(19%) и 5 баночек - «Зайчонок»(3%). По результатам исследования нами сделаны следующие выводы: витамины в виде мармелада пользуются спросом и лидером продаж являются «ВитаМишки».



Рис 1. Результаты исследования по спросу витаминов в виде мармелада для детей.

Заключение и выводы:

1. Провели анализ литературных источников по данной тематике.
2. Изучили состав облепихи.
3. Провели качественные реакции на обнаружение аскорбиновой кислоты в плодах облепихи.
4. Изготовили витаминизированный мармелад.

В результате изученного нами материала по лекарственным свойствам облепихи, шиповника майского и приготовленным видам продукции можно сделать вывод, что данные лекарственные растения имеют широкое применение в медицинской и народной практике. С нашей точки зрения лекарственные растения и препараты растительного происхождения организмом переносятся лучше синтетических, дают меньше нежелательных побочных эффектов. Изготовленные нами витамины в виде мармелада лучше усваиваются детьми.

Каждый прием витаминов будет восприниматься как сладкое лакомство. Детские витамины-мармеладки содержат все самое необходимое для здорового роста и развития малыша.

Литература

1. Васнецова, О.А. Медицинское и фармацевтическое товароведение [Текст]: учеб./ Васнецова О.А.-2-е изд., испр. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010
2. Гроссман, В.А., Фармацевтическая технология [Текст]: учеб.пособ./ В.А.Гроссман.- М.: ГЭОТАР-Медиа,2014
3. Краснюк, И.И. [и др.] Фармацевтическая технология [Текст]: учеб./ И.И.Краснюк, Г.В.Михайлова, Л.И.Мурадова.- М.: ГЭОТАР-Медиа,2011

4. Машковский, М.Д. Лекарственные средства [Текст]: пособ. для врачей/ М.Д.Машковский. – 16-е изд., испр. и доп.- М.:Новая волна, 2014
5. Фармакогнозия [Текст]: учеб./ Е.В.Жохова [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014

УДК 615.1:614.2

Е.С. Айдарбек, А.Т. Монтаева, Ж.А. Акпанбет

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

**Кафедра организации и управления фармацевтического дела, Южно-
Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент**

Резюме. Качество лекарственных средств напрямую зависит от соблюдения стандартов надлежащей практики. В Республике Казахстан действуют комплекс стандартов надлежащей практики, охватывающих весь жизненный цикл препарата от разработки до поступления потребителям.

Ключевые слова: качество лекарственных средств, стандарты надлежащей практики Республики Казахстан

Y.S. Aidarbek, A.T. Montayeva, Zh.A. Akpanbet

**ENSURING THE QUALITY OF MEDICINES IN THE REPUBLIC OF
KAZAKHSTAN**

Department of organization and economy of pharmacy, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Quality of medicines directly depends on observance of standards of good practice. In the Republic of Kazakhstan the complex of the standards of good practice covering all life cycle of a medicine from development until receipt to consumers.

Keywords: the quality of medicines, standards of good practice of the Republic of Kazakhstan.

Актуальность. По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), специалист с фармацевтическим образованием может играть главную роль в общественном здравоохранении, в частности, в области рационального использования лекарственных средств (ЛС). Рациональное использование лекарств подразумевает, что выписано необходимое лекарство, которое может быть приобретено в нужные сроки и по доступной для пациента цене, что оно правильно отпущено и будет приниматься в указанных дозах и временном периоде. Эффективность и безопасность лекарственных средств непосредственно определяются его качеством.

Цель исследования: изучение литературных данных и нормативно-правовых актов в области обеспечения качества лекарственных средств в Республике Казахстан.

Материалы и методы. В качестве материалов были использованы литературные данные и нормативно-правовые акты в области обеспечения качества лекарственных средств в Республике Казахстан. Для изучения данных материалов были использованы различные методы толкования текстов.

Результаты и обсуждение. В настоящее время контроль качества, эффективности и безопасности лекарственных средств начинается задолго до регистрации лекарственного препарата, уже на этапе научных разработок, т.е. лабораторных, доклинических и клинических исследований, и проводится на всех этапах жизни лекарственного средства от создания лекарственного средства до его получения потребителем.

В Республике Казахстан Постановлением Правительства РК от 02.10.2002 года № 1081 создано Республиканское государственное казенное предприятие «Центр лекарственных средств «Дәрі дәрімек», реорганизованное в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Национальный Центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, являющееся государственной экспертной организацией в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Данное предприятие имеет испытательные лаборатории, аккредитованные в установленном законодательством Республики Казахстан порядке, а также территориальные филиалы во всех областных центрах, в том числе и в Северо-Казахстанской области. Только Республиканским государственным предприятием на праве хозяйственного ведения «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и его филиалами проводится оценка качества, безопасности и эффективности лекарственных средств и изделий медицинского назначения, зарегистрированных в Республике Казахстан.

На фармацевтический рынок РК поступают лекарственные средства, произведенные как в условиях соблюдения международных стандартов GMP, так и лекарственные средства из развивающихся стран, в которых предприятия работают по национальным стандартам. В 2006 году для обеспечения населения страны качественными, безопасными и эффективными лекарственными средствами Республиканским государственным предприятием «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» разработаны Государственные стандарты Республики Казахстан: СТ РК 1613-2006 «Надлежащая лабораторная практика. Основные положения» СТ РК 1614-2006 «Надлежащая дистрибьюторская практика. Основные положения»; СТ РК

1615-2006 «Надлежащая аптечная практика. Основные положения»; СТ РК 1616-2006 «Надлежащая клиническая практика. Основные положения»; СТ РК 1617-2006 «Производство лекарственных средств. Надлежащая производственная практика. Основные положения» и др.

На каждом этапе: разработка, производство, контроль качества и распределение лекарственных средств принимаются специфические для этого этапа меры по недопущению ошибок и отклонений в работе, которые могут отрицательно повлиять на качество конечного продукта. Требования по недопущению ошибок отражены в стандартах, взаимосвязь которых составляет систему обеспечения качества лекарственных средств, охватывающую весь жизненный цикл препарата от разработки до поступления потребителю, это — надлежащие: лабораторная практика (GLP), клиническая практика (GCP), производственная практика (GMP), практика дистрибуции (GDP), аптечная практика (GPP), практика фармаконадзора (GVP).

Работники фармацевтической отрасли, задействованные на всех этапах жизненного пути препарата, от разработки до приема пациентом и уничтожения (в случаях необходимости), призваны соблюдать нормативные документы, которые составляют нормативно-правовую базу. Эта база находится в состоянии постоянного совершенствования, более того, грядущая интеграция Республики Казахстан в ВТО диктует необходимость гармонизации республиканской нормативно-правовой базы с международной практикой обращения лекарственных средств.

В 2018 году планируется обязательное внедрение на всех объектах фармацевтической отрасли соответствующих стандартов надлежащих практик. Так, на объектах оптовой реализации внедряется Государственный стандарт Надлежащая дистрибьюторская практика (Good Distribution Practice, GDP), который устанавливает единый подход к организационному процессу оптовой реализации лекарственных средств и направлен на обеспечение качества препаратов на всем пути от производителя до розничной сети и медицинских учреждений. В его основу положены принципы надлежащей дистрибьюторской практики, рекомендованные Всемирной организации здравоохранения. Соблюдение указанного стандарта обеспечивает: качество и безопасность лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, гарантированные производителем; поступление лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники без изменений их свойств в розничную сеть и медицинские организации. Целью стандарта является сохранение качества товара при его движении от производителя до потребителя.

На объектах розничной реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения внедряется Государственный стандарт Надлежащая аптечная практика (Good Pharmacy Practice; GPP), который разработан с целью обеспечения надлежащего качества фармацевтических услуг, оказываемых аптечными работниками населению Республики Казахстан. Стандарт определяет роль фармацевта в системе здравоохранения, его место в укреплении здоровья населения и профилактике заболеваний, безопасного, эффективного и рационального лечения, выявления и решения проблем при применении лекарственных препаратов. Стандарт направлен на обеспечение населения качественными, безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, предоставления достоверной информации о лекарственном средстве, пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний, обеспечение рационального применения рецептурных лекарственных препаратов, влияние на прописывание и использование лекарственных препаратов и предоставлении информации об имевших место побочных действиях лекарственных препаратов и оказание помощи при самолечении. Стандарт предназначен для работников аптек в целях совершенствования качества обслуживания населения и повышения их персональной ответственности.

На сегодняшний день стандарты надлежащей практики (GXP) внедрены на 63 объектах фармацевтической деятельности Республики Казахстан.

Заключение и выводы. Необходимо всегда помнить — «Пациент должен быть в центре внимания. Основная задача фармацевтической деятельности, в т.ч. в Республике Казахстан, – обеспечение пациента качественными, безопасными и эффективными лекарственными средствами».

Литература

1. Государственный стандарт Республики Казахстан: СТ РК 1613-2006 «Надлежащая лабораторная практика. Основные положения».
2. Государственный стандарт Республики Казахстан: СТ РК 1614-2006 «Надлежащая дистрибьюторская практика. Основные положения».
3. Государственный стандарт Республики Казахстан: СТ РК 1615-2006 «Надлежащая аптечная практика. Основные положения».
4. Государственный стандарт Республики Казахстан: СТ РК 1616-2006 «Надлежащая клиническая практика. Основные положения».
5. Государственный стандарт Республики Казахстан: СТ РК 1617-2006 «Производство лекарственных средств. Надлежащая производственная практика. Основные положения».

УДК: 615.458

И.Ф. Гирфанов

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В
ИЗГОТОВЛЕНИИ ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ**

**Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии ГБОУ ВПО
«Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа**

Резюме. Представлены результаты исследования эффективности вспомогательных веществ в изготовлении жидкой лекарственной формы в виде спрея. Критерием выбора состава служили сочетание оптимальных физико-химических свойств. В результате разработан состав назального спрея с использованием современных вспомогательных веществ.

Ключевые слова: медицинский спрей, полимеры акриловой кислоты, ареспол, карбополы.

I.F. Ghirfanov

**APPLICATION OF MODERN MANUFACTURING AUXILIARY SUBSTANCES IN
LIQUID DOSAGE FORMS.**

Bashkir state medical university, Ufa

Resume. The results of studies of the effectiveness of excipients in the manufacture of liquid dosage forms in the form of a spray. The criterion for selecting a combination composition were good physico-chemical properties. As a result, it developed a nasal spray composition fabrication using modern excipients.

Keywords: Medical spray, acrylic acid polymers, arespol, carbopols.

Актуальность. Разработка эффективных и безопасных препаратов в России отвечающих всем критериям современных требованиям невозможна без применения новейших вспомогательных веществ. При создании препарата вспомогательные вещества играют важную роль, от которой зависят физико-химические свойства препарата, его биодоступность и эффективность. Для научного обоснования выбора составов лекарственных форм, проведено изучение технологических характеристик современных вспомогательных веществ, используемых в мировой практике в технологии изготовления лекарственных форм (спреи, мази, гели) [1].

Цель исследования - обоснование оптимального состава вспомогательных веществ, используемых для приготовления лекарственной формы, содержащей облепиховое масло и тиосульфат натрия в виде спрея.

Материалы и методы: Основные вспомогательные вещества, выбранные для экспериментов - Карбопол 974 PNF, поликарбофил NOVEON, Ареспол, Хитозан. Спрей объемом 100 мл готовили по типу эмульсии вода-масло, вспомогательные вещества добавляли в зависимости от физико-химических свойств, с дальнейшим введением действующих веществ. Приготовленные спреи имеют различную консистенцию, ярко-оранжевого цвета, со специфическим запахом облепихи (табл. 1).

Таблица 1

Состав вспомогательных веществ из расчета на 100 мл

№ состава	Карбопол 974 PNF	Поликарбофил NOVEON	Ареспол	Хитозан	Вода	Глицерин	Твин-80
1	1	-	-	-	82	10	1
2	2	-	-	-	81	10	1
3	3	-	-	-	80	10	1
4	4	-	-	-	79	10	1
5	-	1	-	-	82	10	1
6	-	2	-	-	81	10	1
7	-	3	-	-	80	10	1
8	-	4	-	-	79	10	1
9	-	-	1	-	82	10	1
10	-	-	2	-	81	10	1
11	-	-	3	-	80	10	1
12	-	-	4	-	79	10	1
13	-	-	-	1	82	10	1
14	-	-	-	2	81	10	1
15	-	-	-	3	80	10	1
16	-	-	-	4	79	10	1
17	1	-	-	1	81	10	1
18	2	-	-	2	79	10	1
19	3	-	-	3	77	10	1
20	-	1	-	1	81	10	1
21	-	2	-	2	79	10	1

22	-	3	-	3	77	10	1
23	-	-	1	1	81	10	1
24	-	-	2	2	79	10	1
25	-	-	3	3	77	10	1

Результаты и обсуждение. Критерием оценки спреев была биодоступность, оценивающаяся по выделению каротиноидов, а также факел распыла спрея и его реологические свойства.

Из приведенных в таблице составов наилучшими показателями обладали 2, 7, 17, 23. Однако при хранении образец 23 расслаивается, использование его в качестве основы может вызвать неудобства в применении и неточность дозирования.

Образцы 2 и 7 на протяжении испытательного периода в 3 месяца не расслаиваются и не изменяют консистенции. Следует так же отметить, что Карбопол 974 PNF и Поликарбофил NOVEON обладают антимикробной активностью, что позволяет не перегружать состав консервантами.

Использование в качестве основы смеси Арespoла и Хитозана не ухудшает фармакологических свойств, входящих в состав природных компонентов. Однако нарушение технологической схемы приготовления данной основы может повлечь за собой разделение фаз.

Заключение и выводы: В ходе экспериментального выбора было установлено, что оптимальный состав вспомогательных веществ для спрея выглядит следующим образом: Карбопол 974 PNF – 2 части, воды очищенной – 81 часть, глицерина – 10 частей и твина-80 – 1 часть [2].

Литература

1. Шикова, Ю.В. Биофармацевтическое обоснование составов и разработка технологии производства мягких лекарственных форм: дис. д-ра фарм. наук. – Уфа, 2005. – 360 с.
2. «Композиция назального средства» заявка на изобретение №2015125252 от 25.06.2015 Шикова Ю.В, Лиходед В.А, Цыглин А.А, Гирфанов И.Ф.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616-006

Р.Ш. Азаматов, А.Ю. Негара, З.Х. Шамаева

К ВОПРОСУ СРАВНЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В 54 РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 2014 ГОД.

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.**

Резюме: В статье приведены показатели первичной заболеваемости на 100 000 человек; запущенности (4 стадия), смертности на 100 000 человек, годичной летальности населения за 2014г. Базой исследований выбраны медицинские организации 54 районов Республики Башкортостан. Использована формула для расчета коэффициента соответствия $K_c = R_f / R_p$, где R_f - фактический показатель, R_p – среднереспубликанский показатель, K_c - коэффициент сравнения со среднереспубликанским показателем. Представлена методика сравнения районных больниц по интегральному показателю. Вычислены рейтинги наихудших и наилучших районов по данному показателю, сделаны выводы. Обобщённые данные более объективно представляют реальную картину положения дел, чем отдельные виды показателей.

Ключевые слова: эпидемиологическая ситуация, рейтинговая оценка, заболеваемость, запущенность, смертность.

Azamatov R.Sh., Negara A.U., Shamaeva Z.Kh.

THE QUESTION OF COMPARISON OF NEWLY DIAGNOSED CANCER INCIDENCES AMONG THE POPULATION IN 54 DISTRICTS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN IN 2014.

**The Department of Public Health and Health Organization with IDPO course (the
institute of additional professional education), Bashkir State Medical University, Ufa.**

Abstract: The article presents the indicators of the primary incidence among 100 000 people; neglect of the stage 4 (%), the mortality rate per 100 000 people, one-year mortality rate (%) of the population in 2014. Health care organizations in 54 districts of the Republic of Bashkortostan were selected as the basis of studies. The formula to calculate the compliance rate was used. The formula is $KS = RF / RP$, where RF is an actual figure, RP is a planned target, KS is the standard compliance rate. We demonstrated the method of comparing district hospitals according to the

integral indicator of compliance rate. The ratings on the worst and the best districts according to the integral indicator were composed. Conclusions were made based on the comparison of official and obtained data. Summarized data represent the real picture of the situation more objectively than separate types of indicators. It is appropriate to carry out the determination of municipal districts ratings in the Republic of Bashkortostan on a regular basis and to publish them after the submission of the annual reports.

Keywords: ranking score, the quality of health care, one-year lethality, neglect, morbidity, mortality.

Актуальность: Онкологические заболевания – одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. В 2014 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 566 970 случаев злокачественных новообразований (в том числе 259 425 и 307 545 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2013 г. составил 5,8%. Умерло от данного заболевания 290 400 человек. [3]

На сегодняшний день смертность от онкологических заболеваний в России занимает второе место в структуре общей смертности. Смертность от рака опередила травмы, отравления, инфекционные болезни, и уступает лишь смертности от болезней сердечно-сосудистой системы.

По данным GLOBOCAN 2012, IARC (Международного Агентства по Исследованию Рака) Россия в 2012 году заняла 5-е место в мире по числу смертей онкологических больных: Китай – 2 205 9046; Индия – 682 830; США – 617 229; Япония – 378 636; **Россия – 295 357.**

Сегодня проблема борьбы со злокачественными новообразованиями перестала быть сугубо медицинской и требует системного государственного решения как наиболее острая социальная проблема, охватывающая все слои населения.

Центральной темой прошедшего в Москве ежегодного Форума «Движение против рака» стала разработка единой Национальной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями. Участники мероприятия подготовили и подписали проект Обращения к Президенту России Владимиру Путину, в котором предложили план системных решений и мер, направленных на снижение смертности от рака, и предложили объявить 2017 год «Годом борьбы с онкологическими заболеваниями» (IX Форум «Движение против рака»).

В плане мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний предусматривается реализация мер, направленных на повышение эффективности работы медицинских организаций первичного звена здравоохранения по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе с использованием скрининговых методов и

выездных форм работ; тиражирование эффективных методов диагностики злокачественных новообразований (лучевая диагностика; иммунофенотипирование; молекулярные и цитогенетические исследования и др.), в том числе на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения); внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов лечения с использованием клинических протоколов и другие мероприятия.

Изучение и анализ количественных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями различных групп населения и смертности от них позволяют органам управления системы здравоохранения разрабатывать и совершенствовать программы противораковой борьбы.

Цель и задачи исследования: сравнить официальные данные по первичной заболеваемости, запущенности, смертности, годичной летальности от онкологии в Республике Башкортостан в медицинских организациях за 2014г. с нашими данными полученными, по формуле $K_c = R_f / R_p$.

Материалы и методы: данные взяты из сборника МИАЦ Минздрава РБ «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2014 году». За стандарт принято среднее республиканское значение выбранных показателей. Были анализированы показатели деятельности медицинских организаций 54 районов нашей Республики. Вычисления проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия $K_c = R_f / R_p$, где R_f - фактический показатель, R_p - среднереспубликанский показатель, K_c - коэффициент соответствия стандарту. Формула была предложена Кораблевым В.Н. в 2009 г. По этому коэффициенту мы определили рейтинг 54 ЦРБ за 2014 г.

В указанном сборнике приведены следующие средне-республиканские показатели:

- 1) Первичная заболеваемость на 100 000 человек – 320,4;
- 2) Запущенность (4 стадия) – 22,8 %;
- 3) Смертность 100 000 человек – 143,8;
- 4) Годичная летальность – 26,8 %.

Результаты исследования: Полученные сведения по этим данным объединили в единый интегральный показатель и сделали следующие выводы:

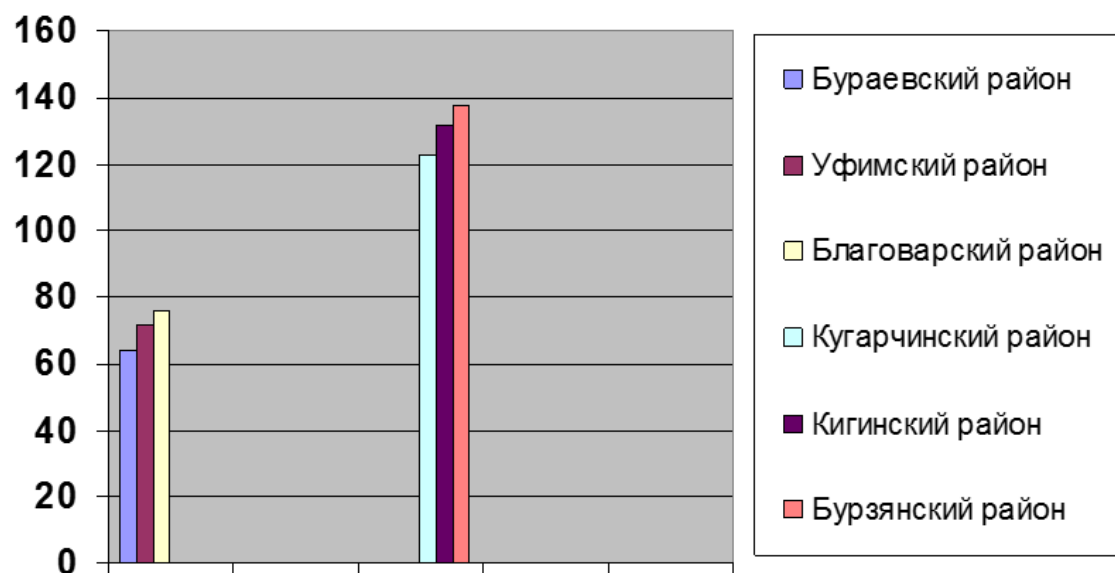
- наилучшие результаты: Бураевский (64,1); Уфимский (72,0); Благоварский (76,0) районы;

- наихудшие результаты: Бурзянский (137,7); Кигинский (131,7); Кугарчинский (122,9) районы;

- определение рейтингов муниципальных образований в Республике Башкортостан целесообразно производить на постоянной основе и публиковать их после сдачи годовых отчётов.

Рисунок 1.

Сравнительная диаграмма показателей впервые выявленной онкологической заболеваемости населения в Республике Башкортостан за 2014 г.



Предложения:

1. Внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов лечения с использованием клинических протоколов.

2. В территориях, где интегральные показатели оказались худшими необходимо усилить работу по своевременной диагностике и выявлению предраковых и онкологических заболеваний, использование скрининговых методов и выездных форм работ, улучшить качество профилактических осмотров населения.

3. Развитие сети первичных онкологических кабинетов с обеспечением их посменной работы.

4. Мониторинг уровня ранней диагностики

5. Тиражирование эффективных методов диагностики злокачественных новообразований (лучевая диагностика; иммунофенотипирование; молекулярные, цитогенетические исследования и др.), в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Литература

1. Васильев А. А. Научное обоснование основных направлений совершенствования мероприятий по профилактике онкологических заболеваний // Молодой ученый. — 2015. — №7. — С. 287-291.
2. Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2014 году. Уфа – 2015.
3. Российский Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии МЗ РФ (РЦИТЭО) в составе МНИОИ им. П.А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ). Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.// Москва 2015, 236 с.
4. Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине» ГЗ РКОД Республики Башкортостан: научные достижения — в практическое здравоохранение №7 (50), 2010 год.

УДК 614.2

Р.Ш. Азаматов, А.И.Озерова, М.И.Бакирова, В.Ю.Филюшин
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ИХ
СРАВНЕНИЕ В 54 РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ЗА 2014 ГОД

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведены показатели заболеваемости населения туберкулезом на 100 000 человек (по форме №33), распространённости туберкулёза на 100 000 населения, смертности от туберкулёза на 100 000 населения за 2014г. Базой исследований выбрано медицинские организации 54 районов Республики Башкортостан. Использована формула для

расчета коэффициента соответствия (Рис 1.). $K_c = P_{\phi} / P_{\pi}$ Представлена методика сравнения районных больниц по интегральному показателю рейтингов. Выявлены рейтинги наихудших и наилучших районов по данному показателю. После сравнения официальных и наших данных, сделаны выводы. Интегральные данные объективно представляют реальную картину положения дел.

Ключевые слова: эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, смертность, рейтинговая оценка.

R.Sh.Azamatov, A. I. Ozerova, M. I. Bakirova, V. Y. Filyushin
TUBERCULOSIS EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS
AND THEIR COMPARISON IN 54 DISTRICTS OF THE REPUBLIC
OF BASHKORTOSTAN DURING 2014

The Department of Public Health and Health Organization with IDPO course (the institute of additional professional education), Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: The article presents the indicators of incidence of tuberculosis per 100 000 people (according to the form No. 33), the prevalence of tuberculosis per 100 000 population, mortality from tuberculosis per 100 000 population during the year of 2014. The basis for research - medical organizations in 54 districts of the Republic of Bashkortostan. The formula is used to calculate the compliance (figure 1.). The method of comparison represents the regional hospitals for the overall indicator ratings. The ratings of the best and the worst areas for this indicator are detected. After comparing official and our data, conclusions are derived. Integrated data objectively represent a real picture of the situation.

Keywords: the epidemiological situation, morbidity, mortality, rating.

Актуальность. Борьба с туберкулезом является государственным приоритетом России. В условиях реформирования российского здравоохранения крайне важно осуществлять систематический контроль над эффективностью проводимых преобразований, в том числе это касается заболеваемости туберкулезом [3]. В наши дни туберкулез является социально значимой инфекционной болезнью и остается одной из основных проблем глобального здравоохранения. По данным ВОЗ в 2014 году 9,6 млн. человек заболели туберкулезом и 1,5 млн. человек умерли от этой болезни.

В истории человечества туберкулез является одним из основных заболеваний - «убийц». По оценке ВОЗ, в 90-х годах XX столетия было зарегистрировано 90 млн. новых случаев туберкулеза и 35 млн. смертельных исходов, связанных с этим заболеванием [4]. Основная задача общественного здравоохранения - это повышение качества оказания медицинской помощи. Рейтинги медицинских организаций являются достаточно эффективным информационно-маркетинговым инструментом внешнего управления качеством медицинской помощи [2]. Подсчёт рейтингов учреждений может косвенно способствовать повышению мотивации медработников к качественному выполнению своих обязанностей и поддержанию уровня их квалификации [6].

Цель исследования: сравнить официальные данные по заболеваемости туберкулезом в Республике Башкортостан в медицинских организациях за 2014г. с нашими данными

Рис.1

полученными по формуле (Рис.1)
$$K_c = P_f / P_n$$

Материалы и методы: следующие данные взяты из сборника МИАЦ Минздрава РБ «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2014 году». Здесь указаны следующие среднереспубликанские показатели:

1) заболеваемость населения туберкулезом на 100 000 человек (по форме №33) – 43,5. По официальным данным лучшим был признан Гафурийский район с показателем – 30,7; ниже среднереспубликанского показателя были показатели Кармаскалинского, Зилаирского, Туймазинского, Кигинского, Бижбулякского и т.д. Из городских округов лучшими были: г. Агидель -25,2; г. Нефтекамск – 26,5; г. Октябрьский - 29,4;

2) процент больных впервые выявленных больных туберкулезом в фазе распада - 27,3;

3) процент больных с БК+ из вновь выявленных туберкулезом органов дыхания - 28,8;

4) показатель распространённости туберкулёза на 100 000 населения-113,6. По официальным данным лучшим был признан Кугарчинский район с показателем–70,5; ниже среднереспубликанского показателя были показатели: Аургазинского, Белебеевского,

Бижбулякского, Бураевского, Бурзянского районов и т.д. и городских округов: г. Нефтекамск–72,1; г. Октябрьский–94,4; г. Кумертау–105,8;

5) процент состоящих на учете больных туберкулезом в фазе распада - 37,2;

6) показатели смертности от туберкулёза на 100 000 населения - 7,4. По официальным данным лучшими были признаны показатели Аскинского, Балтачевского, Еркееевского, Зилаирского, Илишевского, Кигинского, Татышлинского, Шаранского и Чекмагушевского районов с нулевой смертностью. Ниже среднереспубликанского показателя были показатели Стерлитамакского–2,4; Абзелиловского-6,7; Аургазинского-5,7; Бакалинского-7,2; Благоварского-3,9 районов и т.д. Из городских округов лучшими были: г.Октябрьский – 6,2; г.Агидель – 6,3 и г.Кумертау – 7,6) [2].

Эти данные согласуются с эпидемиологической ситуацией в РБ [2]. За стандарт принято среднее республиканское значение выбранных показателей. Были анализированы показатели деятельности медицинских организаций 54 районов нашей Республики. Данные городских больниц не вошли в это исследование. Вычисления проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия (Рис.1). Где R_f - фактический показатель, R_p - среднереспубликанский показатель, K_c - коэффициент соответствия стандарту. Формула была предложена Кораблевым В.Н. в 2009 г. [5]. Представляется целесообразным введение поправочных коэффициентов. Для удобства сравнения коэффициент соответствия увеличили в 100 раз, в связи с тем, что получались маленькие значения.

Результаты: Мы определили рейтинг ЦРБ РБ за 2014 г. по следующим основным показателям:

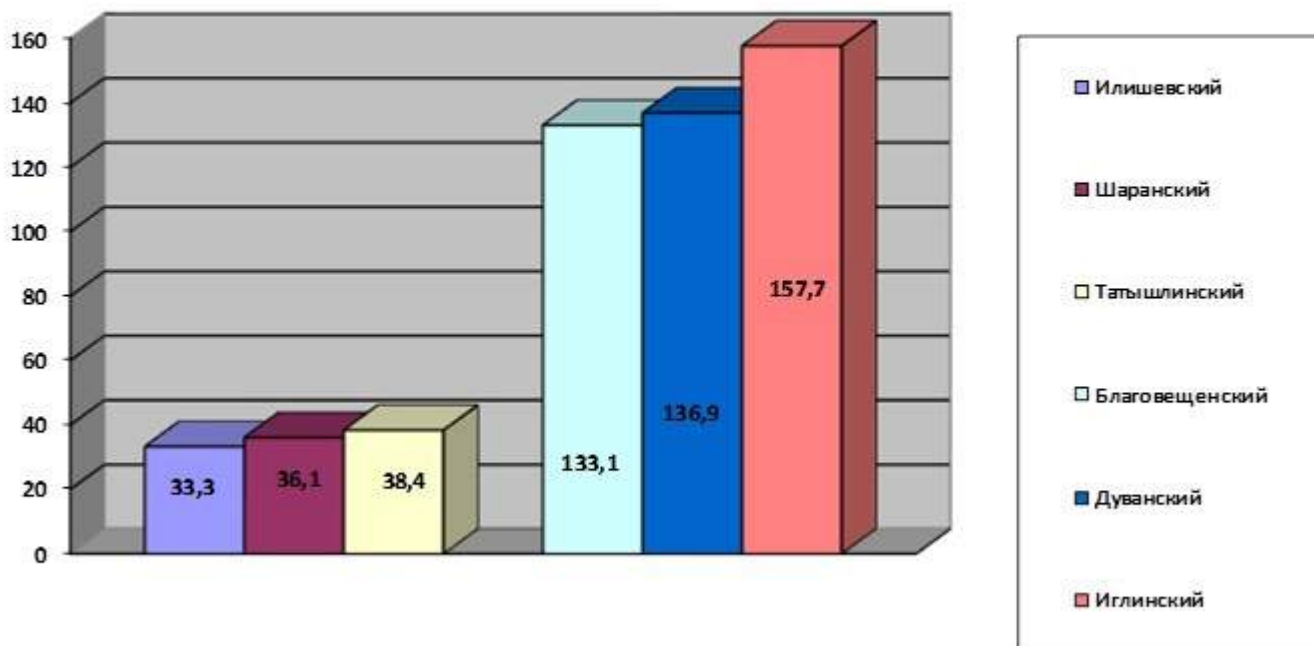
- 1)заболеваемость населения туберкулезом на 100 000 населения (по форме №33);
- 2)процент больных впервые выявленных больных туберкулезом в фазе распада;
- 3)процент больных впервые выявленных туберкулезом органов дыхания с БК+;
- 4) показатель распространённости туберкулёза на 100 000 населения;
- 5) процент состоящих на учёте больных туберкулёзом в фазе распада;
- 6) показатели смертности от туберкулёза на 100 000 населения.

Полученные сведения по 1, 4 и 6 – ому показателям объединили в единый интегральный показатель и сделали следующие выводы:

- наихудшие показатели деятельности противотуберкулезной службы наблюдались в Иглинском (157,7), Дуванском (136,9), Благовещенском районах (133,1);

- наилучшие результаты - в Илишевском (33,3), Шаранском (36,1), Татышлинском (38,4) районах (Рис.2).

Рисунок 2.
Сравнительная диаграмма эпидемиологических показателей по туберкулёзу в муниципальных районах Республики Башкортостан в 2014 году.



Заключение и выводы. Интегральные показатели эпидситуации, как видно, отличаются от официальных данных. Например, Иглинский район. Обобщённые данные, по нашему мнению, более объективно представляют реальную картину положения дел, чем отдельные виды показателей. Определение рейтингов муниципальных образований в Республике Башкортостан целесообразно производить на постоянной основе и публиковать их после сдачи годовых отчётов. Определение рейтинга не единственный способ определения качества работы медицинских организаций, но и игнорировать метод сегодня уже нельзя!

Предложения:

1. В территориях, где интегральные показатели оказались худшими необходимо усилить работу по своевременной диагностике и выявлению туберкулёза, а также улучшить качество профилактических осмотров населения.
2. Руководителям медицинских организаций указанных территорий необходимо взять на контроль вопросы улучшения эпидситуации.
3. Состояние эпидемиологических вопросов в этих районах следует обсудить на уровне глав администраций для принятия исчерпывающих мер по улучшению ситуации.

Литература

1. Авдеева М.В., Ващенко В.В., Лучкевич В.С., Баркаева В.А. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования [статья в журнале - научная статья]. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 44. № 4. С. 2.
2. Азаматова М.М. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Башкортостан. Итоги противотуберкулёзной работы за 2014 год и задачи на 2015 год. Доклад на республиканской научно-практической конференции г. Уфа, 23.03.2015г.
3. Барскова Г.Н., Девিশев Р.И., Лохтина Л.К. Российская практика рейтингования медицинских организаций. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2014; 39 (6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/lang?ru/> (Дата обращения: 28.01.2016).
4. Желтков В., М. Желтков, Геополитика мирового порядка, Изд-во: Litres, 2015-308с.
5. Кораблев В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. – 199с.
6. Тарасенко Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг. Журнал «Здравоохранение», №1,2014г.

ГИГИЕНА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 378.145

Е.И. Чернова, Ю.Б. Великомолова

ИЗУЧЕНИЕ СЛОЖНОСТИ РАСПИСАНИЯ НА ОСНОВЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДИСЦИПЛИН ОБУЧАЮЩИМИСЯ ВТОРОГО КУРСА БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В данной работе сделана попытка изучить эффективность составленного расписания. Проанализирована зависимость уровня успеваемости обучающихся от степени трудности дня и загруженности по расписанию.

Ключевые слова: расписание, сложность, успеваемость, оценка.

E. I. Chernova, Y. B. Velikomolova

THE STUDY OF THE COMPLEXITY OF THE SCHEDULE BASED ON A SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE DISCIPLINES STUDYING THE SECOND COURSE OF BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY

**The general hygiene of environment with the course of hygienic disciplines,
Bashkir state medical University, Ufa**

Abstract: In this paper an attempt is made to study the effectiveness of the timetable. We analyzed the dependence of the level of progress of students to their difficulty day and busy schedule.

Keywords: schedule, complexity, performance, evaluation.

Актуальность: Здоровье и здоровый образ жизни – качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семья и деторождению, к сложному учебному и профессиональному труду, общественно-политической и творческой активности. Поэтому здоровье студентов является одной из важнейших социальных проблем общества[1]. Успешная подготовка высококвалифицированных кадров тесно связана с укреплением и охраной здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи в процессе обучения. Вместе с тем, студенчество можно отнести к группе повышенного риска, так как на непростые возрастные проблемы современных студентов накладывается негативное влияние кризиса практически всех основных сфер общества и государства. Согласно некоторым исследованиям в среде

учащихся высшего медицинского образовательного учреждения отмечается значительное количество лиц входящих в группу риска или имеющих хронические заболевания (85,0%). За время обучения в ВУЗе доля студентов из 1 и 2 групп здоровья снижается в 1,9 раза (с 48,7% до 25,2%), удельный вес студентов, страдающих хроническим заболеванием - увеличивается в 1,5 раза (с 51,3% до 74,8%) [3]. В успешном освоении учебного плана обучающимися немаловажную роль играет расписание. Учебное расписание – основной организационный документ, регулирующий учебный процесс в университете. От качества составленного расписания во многом зависит эффективность всего образовательного процесса, что в конечном итоге способствует или препятствует сохранению и укреплению здоровья студентов. Составление учебного расписания – это завершающий этап планирования учебного процесса и упорядочение за семестр всех видов учебных занятий по часам и дням недели, промежуточной аттестации, итоговой государственной аттестации, консультаций, ликвидации академических задолженностей и др.

Целью данного исследования явилось изучение сложности расписания 2 курса педиатрического факультета БГМУ на основе субъективной оценки дисциплин обучающимися.

Материалы и методы: Для субъективной оценки сложности изучаемых дисциплин студентам было предложено оценить отдельно лекционные и практические занятия по 10-ти бальной шкале от одного до десяти. Всего в опросе приняли участие 70 студентов. Затем по каждой дисциплине был выведен средний балл сложности дисциплины. Успеваемость анализировалась в процентном соотношении, где за 100% брался максимальный средний рейтинг группы – «5». Для оценки успеваемости обучающихся были взяты экзаменационные оценки 2 курса за осенний семестр 2015-2016 учебного года и оценки промежуточной аттестации экзаменационных дисциплин за весенний семестр 2015-2016 учебного года.

Результаты работы: По итогам анкетирования было выявлено, что сложность дисциплин учебного плана для студентов второго курса педиатрического факультета распределилась следующим образом.

1 семестр. Лекционные занятия: «Физическая культура» – 4,4; «История философии» – 4,5; «Философия» – 6,7; «Анатомия» – 8,3; «Биологическая химия» – 8,5, «Химия» (в.ч) – 5,7; «Сестринское дело» – 6; «Гистология» – 5,4; «Безопасность жизнедеятельности» – 4,6; «Медицинская информатика» – 3,7; «Нормальная физиология» – 8,3.

Практические занятия: «История философии» – 5; «Философия» – 6,7; «Анатомия» – 8,1; «Биологическая химия» – 7,1, «Химия» (в.ч) – 6,7; «Сестринское дело» – 6; «Гистология»

– 6; «Медицинская информатика» – 5,1; «Безопасность жизнедеятельности» – 6; «Нормальная физиология» – 8;

2 семестр. Лекционные занятия: «Физическая культура» – 4,4; «Микробиология» – 7; «Пропедевтика внутренних болезней» – 6,5; «Биоэтика» – 5,7; «Философия» – 6,4; «Гигиена» – 6,4; «Биологическая химия» – 8,6; «Общая хирургия» – 7,3; «Нормальная физиология» – 8.

Практические занятия: «Микробиология» – 7,8; «Пропедевтика внутренних болезней» – 6,4; «Биоэтика» – 4,6; «Философия» – 5,6; «Биологическая химия» – 8,7; «Нормальная физиология» – 7,8; «Гигиена» – 6; «Оперативная хирургия» – 7,5.

Подсчет недельной нагрузки отдельно по каждой группе показал, что у 201й группы самые трудные дни – вторник (24,8 баллов) и пятница (26,6 баллов) так как проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 81%, «Биохимия» – 70%, «Нормальная физиология» – 64%.

У 202й группы психологически самый трудный день вторник (22,8 баллов), так как проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 63%, «Нормальная физиология» – 70%, «Биохимия» – 67%. У 203й группы самые тяжелые дни среда и пятница (29,3 и 22,4 баллов), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 72%, «Биохимия» – 65%, «Нормальная физиология» – 57%. У 204й группы самый тяжелый день – вторник (30 баллов), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 77 %, «Биохимия» – 71%. У 205й группы самый тяжелый день – вторник (30 баллов), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 75%, «Биохимия» – 71%, «Гистология» – 86 %. У 206й группы самый тяжелый день – вторник (24,9 баллов), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 78%, «Биохимия» – 73%, «Нормальная физиология» – 75%. У 207й группы самый тяжелый день – вторник (22,8 баллов), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 83 % , «Биохимия» - 80%, «Гистология» – 81%, «Нормальная физиология» – 68%. У 208й группы самый тяжелый день - вторник (23,4 балла) проходят такие дисциплины как «Биохимия» – 66%, «Нормальная физиология» – 50%. У 209й группы самые тяжелые дни – понедельник (32 балла) и вторник (27,3 балла), проходят такие дисциплины как «Биохимия» – 56%, «Анатомия» - 56%. У 210й группа самый тяжелый день – понедельник (23,1 балл), проходят такие дисциплины как «Гистология» - 68%, «Нормальная физиология» – 46%. У 211й группа самый тяжелый день – понедельник (22,7 баллов), проходят такие дисциплины как «Биохимия» – 65%, «Нормальная физиология» – 54%. У 212й группы самый тяжелый день – понедельник (25,9 баллов), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 64 %. У 213й группы самый тяжелый день – понедельник (25,3 балла), проходят такие дисциплины как «Анатомия» – 50%. У 214й группы самый тяжелый день – четверг (26,9 баллов) проходят такие дисциплины как

«Биохимия» – 48%. У 215й группы самый тяжелый день – понедельник (23,6 балла), проходят такие дисциплины как «Биохимия» – 66 %.

Согласно классической теории физиологии труда динамика недельной работоспособности определяется в основном психологическими механизмами (усталость от работы): в понедельник-вторник – это вработывание, среда-четверг – устойчивая работоспособность, пятница-суббота – период снижения результатов. Исходя из этого, наиболее оптимально в соответствии с кривой динамики работоспособности распределена нагрузка 214й группы.

Результаты расчетов сложности расписания представлены в таблицах. Как мы видим из таблицы № 1, в общем, для первого потока самый сложный день – вторник, а наименее сложные дисциплины студенты изучают в большинстве групп в четверг и субботу.

Таблица № 1. Средняя нагрузка 1 потока

День недели/группа	201	202	203	204	205	206	207	208	Сумма
Пн	15,5	24,2	15,5	16,6	16,6	24,2	22,6	15,5	18,8
Вт	24,8	22,8	21,9	30	30	24,9	21,8	23,4	24,95
Ср	19,4	18,6	29,3	20,6	17,7	17,4	20,2	19,7	20,4
Чт	17,6	22,6	15,5	15,2	17,5	21,5	14,6	17,6	17,7
Пт	26,6	19,9	22,4	21,4	20,3	20,4	20,3	23	21,8
сб	12,7	14,6	13,6	11,1	14,6	6	14,7	6	11,7

Как видно из таблицы №2 у второго самый сложный день – понедельник, а наименее сложный – суббота. Так как понедельник и вторник – это дни вработывания, то распределение большой нагрузки на начало недели может снижать эффективность усвоения материала обучающимися.

Таблица № 2. Средняя нагрузка 2 потока

День недели/группа	209	210	211	212	213	214	215	Сумма
Пн	24,7	23,1	22,7	25,9	25,3	23,2	23,6	24
Вт	27,3	26,1	19,1	19,1	24,5	20,1	23,1	22,76
Ср	19,7	21,8	19,7	25,3	21,7	19,7	21,2	21,3
Чт	22,3	20,2	22,2	25,2	19,3	26,9	20,2	22,3
Пт	11,7	13,6	14,1	14	12,5	14	13,1	13,2
сб	11,7	10,1	19,2	6	13,1	11,6	14,7	12,3

Анализ успеваемости по группам показал, что максимальную успеваемость по итогам экзаменационной сессии и по показателю рейтинга студентов показывают студенты 201й и 207й групп. В 201 группе процент успеваемости по анатомии – 81 %, а в 207 группе – по анатомии – 83 %, по биохимии - 80%, гистологии – 81%, по нормальной физиологии – 68%.

Данный результат больше коррелирует не с расписанием, а со средними баллами студентов данных групп по ЕГЭ. Так по итогам сдачи школьного Единого Государственного экзамена, средний балл у 201й группы составил 71 балл, а у 207й – 76 баллов.

Также было проанализировано расписание 2 семестра и обозначены дисциплины, освоение которых затруднено из-за концентрации «сложных» предметов в один день.

Так для 201й группы это дисциплины «Гигиена», «Нормальная физиология», «Биохимия». Для 202й группы – «Общая хирургия», «Философия», «Гигиена». Для 203й группы – «Общая хирургия», «Философия». Для 204й группы - «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология», «Биохимия». Для 205й группы – «Общая хирургия», «Философия», «Гигиена». Для 206й группы – «Нормальная физиология», «Биохимия».

Для 207й группы – «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология», «Биохимия», «Нормальная физиология». Для 208й группы – «Общая хирургия», «Философия», «Нормальная физиология». Для 209й группы – «Микробиология», «Общая хирургия».

Для 210й группы – «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология», «Нормальная физиология». Для 211й группы – «Общая хирургия», «Биохимия». Для 212й группы – «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология». Для 213й группы – «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология», «Биохимия». Для 214й группы – «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология». Для 215й группы – «Пропедевтика внутренних болезней», «Микробиология», «Нормальная физиология», «Общая хирургия».

Можно предположить, что наличие в один день нескольких «сложных» дисциплин вызовет затруднение усвоения данных дисциплин у студентов в данных группах.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее психологически сложными для студентов 2 курса педиатрического факультета БГМУ являются понедельник (для второго потока) и вторник (для первого потока), и что для максимально эффективного усвоения учебного материала, наряду с другими факторами, необходимо учитывать степень «сложности» предмета. Конечно, учебный процесс опосредованно влияет на состояние здоровья обучающихся высшего медицинского образовательного учреждения. Его воздействие является сугубо индивидуальным и вероятность развития того или иного

заболевания зависит как от факторов риска, так и от адаптационных возможностей организма.

Литература

1. Бушма Т.В. Проблемы здорового образа жизни студентов Журнал: Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения Выпуск № 1 / том 7 / 2012 С.168-175.
2. Положение об организации учебного процесса БГМУ Уфа -2013
3. Шагина И.Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского ВУЗа (по материалам Астраханской области) Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук Астрахань – 2010

УДК 622.87:616-055.1:616.699

Э.И. Нуртдинова, М.А. Черкасова

**ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО ДАННЫМ АНКЕТНО ОПРОСА**

**Кафедра гигиены труда и профессиональных болезней с курсом ИПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Рассмотрена проблема соматического и репродуктивного здоровья рабочих ОАО «Учалинский горно-обогатительный комбинат», влияния на них вредных факторов производственной среды.

Ключевые слова: Репродуктивное здоровье, горно-рудная промышленность

E.I. Nurtdinova, M.A. Chercasova

**CHARACTERISTICS OF SOMATIC AND REPRODUCTIVE HEALTH
OF WORKERS MINING PRODUCTION ACCORDING QUESTIONNAIRE**

**Department of Labour Hygiene and Occupational Diseases course IPE, Bashkir State
Medical University, Ufa**

Abstract: The problem of somatic and reproductive health of workers "Uchalinsky GOK", the impact on them of harmful environment factors.

Keywords: Reproductive health, the mining ore industry

Актуальность: Горнорудная промышленность продолжает оставаться отраслью с наиболее вредными и опасными условиями труда, где воздействия факторов рабочей среды и трудового процесса обуславливает высокий риск нарушений здоровья работников, что подтверждается высокими уровнями заболеваемости и травматизма [1,6]. В настоящее время более половины трудового населения России имеют социально-значимые заболевания всех основных систем организма: кровообращения, пищеварения, костно-мышечной, нервной, эндокринной и репродуктивной системы рабочего населения [2].

К факторам риска возникновения профзаболеваний у горнорабочих относится специфика и организация труда в шахтах, определяющие последовательность различных трудоемких операций, темп выполнения работ при чрезмерной физическое нагрузке, вынужденное положение тела, выполнение вспомогательных операций вручную [4]. В последние годы многие исследователи обращают внимание на производственно-обусловленные заболевания, в том числе и репродуктивной системы. Имеются работы, в

которых говорится, что вредные факторы рабочей среды влияют на фертильность, особенно мужского населения.

Цель исследования: Оценка соматического и репродуктивного здоровья рабочих горно-обогатительного комбината, подвергающихся комплексному воздействию неблагоприятных факторов.

Материалы и методы. Материалом явились данные анкетного опроса, проводимого у работников в возрасте 29-49 лет в ОАО «Учалинском горно-обогатительном комбинате» (УГОК), санитарно-гигиеническая характеристика условий труда и материалы научных публикаций.

Результаты и обсуждение:

Условия труда работников УГОК характеризуются комплексным воздействием вредных производственных факторов (шум, вибрация, запыленность, неблагоприятный микроклимат), обуславливающих раннее истощение и преждевременное изнашивание функциональных систем, создающих потенциальную опасность риска развития сочетанных форм профзаболеваний. Общая оценка соответствует 3 вредному классу (3.2-3.4).

Согласно данным, полученным при анкетировании, обращают на себя внимание значительное число болезней органов пищеварения 25%, далее болезней нервной системы и органов дыхания соответственно 18% и 16%, так же распространены жалобы на заболевания мочеполовой системы 11%, системы кровообращения 11%, костно-мышечной системы 8% (рис.1).

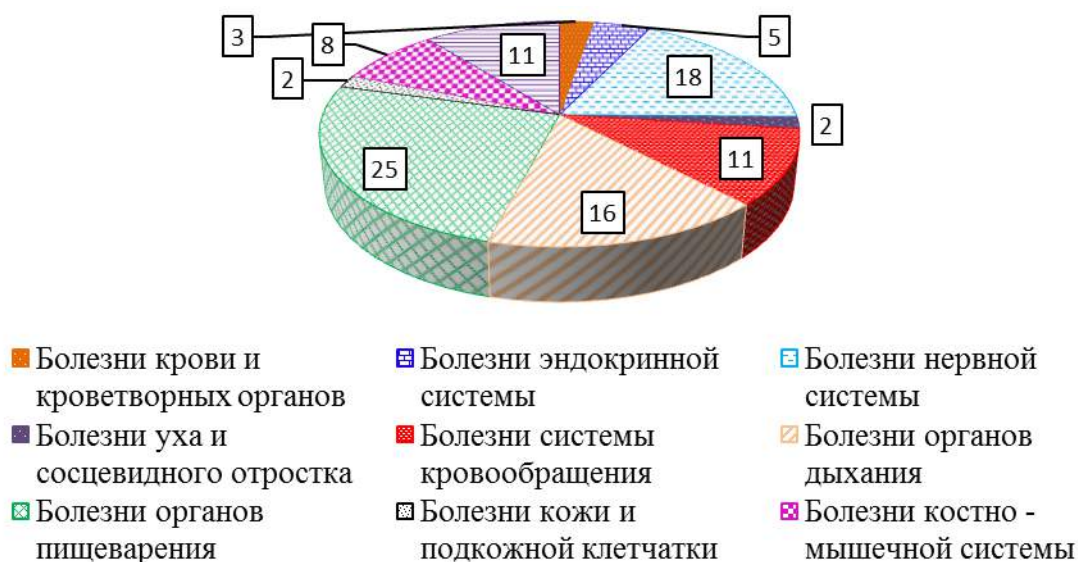


Рис. 1. Распределение хронических заболеваний у горнорабочих по данным анкетного опроса.

Наши данные согласуются с данными других авторов. Установлена распространенность болезней органов пищеварительной системы, развивающиеся на фоне

Хеликобактерной инфекции, у большинства рабочих (90%) со стажем более 20 лет диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки. Кроме этого, у шахтеров выявляется высокий уровень поражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей воспалительно-дистрофического характера до 73%, что можно объяснить рудничной пылью, которая воздействует на шахтеров в процессе их производственной деятельности. Отечественные авторы утверждают, что длительное воздействие локальной вибрации, физического перенапряжения и охлаждения шахтеров способствует высокой распространенности компрессионных невропатий верхних конечностей, заболеваний костно-мышечной системы. Среди общего числа жалоб наиболее преобладают жалобы на боли в позвоночнике, 69% из общего числа опрошенных (рис.2). Аналогичные данные получены рядом авторов при комплексном обследовании шахтеров [5].

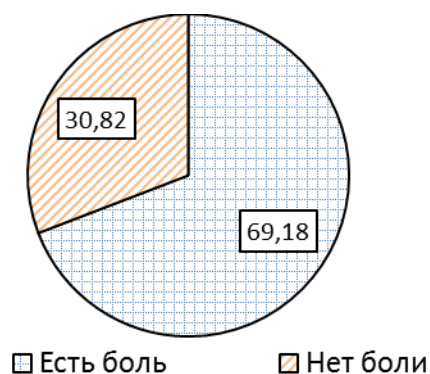


Рис. 2. Структура жалоб у шахтеров на болевой синдром в позвоночнике по результатам анкетирования.

Немаловажную роль играет эмоциональный фактор, который приводит к различным последствиям. В настоящее время психосоциальный фактор наряду со стрессом и психическим истощением рассматривается как новые факторы производственной среды [5,3]. Обследованные нами шахтеры, работая в подземных условиях при трехсменном графике работы подвергаются производственному психо-эмоциональному стрессу.

По данным анкетного опроса употребляют алкоголь 49% мужчин (периодичностью 1-2 раза в неделю). Курение табака выявлено в 40% опрошенных.

Наряду с жалобами соматического характера значительная часть обследованных шахтеров указывала на те или иные нарушения со стороны мочеполовой и репродуктивной систем. Так, на эректильную дисфункцию указывал каждый третий шахтер (рис.3).

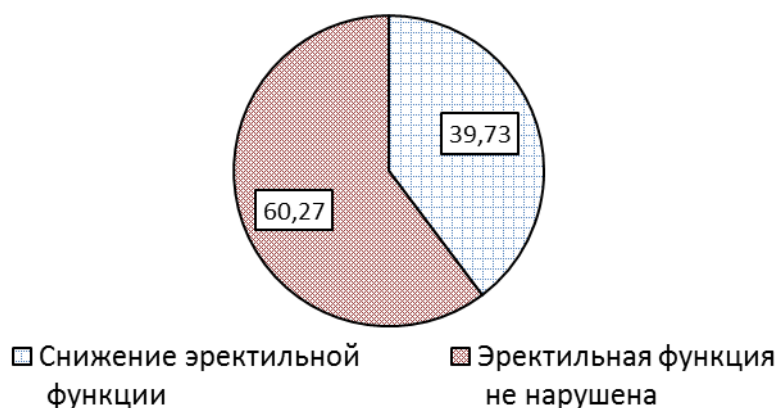


Рис. 3. Структура по наличию снижения эректильной функции у шахтеров.

Среди опрошенных у 32% имеет место отсутствие удовольствия от секса или отсутствие желания сексуальных контактов. При этом 52 % опрошенных считают свое репродуктивное здоровье как «удовлетворительное» или как «успешное», 32,3% опрошенных не удовлетворены качеством половой жизни, а 15,7% воздержались с ответами, что может указывать на наличие у них эректильной дисфункции.

Заключение и выводы. Таким образом, условия труда работников подземной добычи руды ОАО «Учалинского горно-обогатительного комбината» характеризуются как вредные (класс 3.2-3.4) и влияют на соматическое и репродуктивное здоровье.

Несмотря на относительно молодой возраст (до 49 лет), в структуре соматической и репродуктивной систем, заболевания преобладали во всех стажевых группах, увеличиваясь по мере роста стажа.

Литература

1. Измеров, Н.Ф. Современные проблемы медицины труда в горнодобывающей промышленности / Н.Ф. Измеров, Н.П. Головкова, А.Г. Чеботарев // Медико-экологические проблемы здоровья работающих: бюл. науч. совета. – 2014. - №1. – С. 41-45.
2. Измеров, Н.Ф. Национальный проект «Здоровье» - роль медицины труда / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2007. - №12. – С.4-8.
3. Карамова, Л.М. Оценка риска здоровью населения горнодобывающего региона / Л.М. Карамова. – Уфа, 2009. – 44 с.
4. Профессиональный риск для здоровья рабочих горнорудной промышленности / Л.М. Сааркопель, О.П. Рушкевич, В.А. Киряков и др. // Вестн. РАМН. – 2005. - №3. – С.23-27.
5. Профессиональная и производственно обусловленная заболеваемость у горнорабочих: особенности формирования и профилактика: / под ред. З.С. Терегуловой, Л.К.

Каримовой, А.Б. Бакирова. – Уфа: ФГУН УФНИИ МТ ЭЧ Роспотребнадзора, ГОУ ВПО БГМУ Росздрава, 2010. – 176с.

6. Семенихин, В.А. Профессиональная патология у шахтеров Кузбасса: особенности формирования и профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Семенихин. – Иркутск, 2006. – 42с.

УДК 613.96:.[616-054-071.3+616-056.5]

Н.Ф. Махьянова, В.Р. Хасанов

ОЦЕНКА ПОЛНОЦЕННОСТИ И АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ 1-6 КУРСОВ БГМУ

**Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: рассмотрен режим питания студентов 1-6 курсов БГМУ, выявлены группы с полноценным, а так же с недостаточным уровнем питания, установлены причины несоответствия энергетических затрат и калорийности употребляемой пищи.

Ключевые слова: рацион питания, энергетические затраты, калорийность, полноценность питания, продукты.

N.F. Makhyanova, V.R. Khasanov

THE EVALUATION OF USEFULNESS AND ADEQUACY OF DIET OF 1-6 COURSE STUDENTS OF BSMU

Department of general hygiene and ecology with course of hygienic subjects, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: we observed diet of 1-6 course students of BSMU, identified groups with full value nutrition as well as groups with malnutrition, found reasons of energy consumption and calorific value of food intake disparity.

Keywords: diet, energy consumption, calorific value, usefulness diet, products.

Актуальность: Для студентов проблема питания стоит особенно остро. В связи с недостатком времени у студентов нет возможности соблюдать правильный режим приемов пищи в количестве 3—4 раз. Также характерен в основном сидячий образ жизни — гиподинамия. В сочетании с плохим рационом питания это пагубно влияет на организм и его состояние. Студенческая пора очень насыщена и разнообразна, отличается большим перенапряжением нервной системы. Нагрузка, особенно в период сессии, значительно увеличивается вплоть до 15—16 час в сутки. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут привести к нервно-психическому срыву. В компенсации этой негативной ситуации большое значение имеет правильно организованное рациональное питание.

Цель исследования: оценка полноценности и адекватности питания студентов БГМУ, определение энергетических затрат, расчет калорийности и качественного состава фактического суточного пищевого рациона и анализ полученных данных.

Материалы и методы: Нами было проведено анкетирование студентов БГМУ 1-6 курсы, в котором приняло участие 100 человек от 18-29 лет, из них 50 женщин и 50 мужчин. Анкета состояла из 7 пунктов: 1-пол, 2- масса тела, 3- деятельность студента за 24 часа, 4 – завтрак, 5-обед, 6-ужин, 7-перекусы. После сбора информации, были проведены расчеты энергетических затрат, количество и энергия белков, жиров, углеводов достаточных для закрытия этих энергетических затрат, калорийности и качественного состава пищевого рациона.

Энергетические затраты вычитывались таблично-хронометражным методом, с учетом коэффициента физической активности (КФА) для мужчин и женщин. Суть метода состоит в определении суточных энергетических затрат студента за прошлый день, путем заполнения таблицы с видом деятельности и времени которое ушло для выполнения его (сон, прием пищи, отдых, работа, ходьба и др.). Время вписывается напротив вида деятельности в единицах измерениях часах. Найденные величины времени(t) умножаются на коэффициент физической активности (КФА), показывающий, во сколько раз энергетические затраты на данный вид деятельности превышают величину основного обмена (ВОО). ВОО определяется по таблице «Величина основного обмена взрослого населения России в зависимости от пола, возраста и массы тела»[1]. Затем все энергетические затраты за сутки суммируются и умножаются на величину, полученную в результате деления величины основного обмена за 24 часа, так как при подсчете учитывается каждый вид деятельности в часах, а величина основного обмена дана за сутки в целом. Так же необходимо увеличить результат на 10% для покрытия расхода энергии по неучтенным и произвольным движениям.

Формула для вычитывания общей энергетических затрат (E): $E = E' + 0,1E'$;
 $E' = \text{ВОО} \cdot 24 \cdot \sum \text{КФА} \cdot t$ [3]

Количество и энергия белков, жиров, углеводов достаточных для закрытия энергетических затрат высчитываем по формуле: для вычисления энергии белков, жиров, углеводов $X = E \cdot Y$, для вычисления количества белков, жиров, углеводов $K = X / h$ где, X- энергия белков жиров углеводов достаточного для закрытия энергетических затрат; Y- суточный расход энергии в норме (белки 12%, жиры 30%, углеводы 58%); K-количество белков, жиров, углеводов достаточного для закрытия энергетических затрат; h-калорический коэффициент (белки и углеводы-4ккал/г, жиры-9 ккал/г)

Калорийность пищевого рациона студентов высчитываем путем сбора информации о принятой пищи на завтрак, обед, ужин и перекусы за 24 часа прошлого дня. Далее высчитываем калорийность каждого продукта по таблице «Химический состав и энергетическая ценность одноразовых порций некоторых российских пищевых продуктов и готовых блюд»[1],[3],[5], суммируем полученные данные, тем самым получаем калорийность пищевого рациона студента за 1 день.

Качественный состав пищевого рациона студентов за 1 день высчитываем путем подсчета у каждого продукта количество белков, жиров и углеводов в граммах, по той же таблице «химический состав и энергетическая ценность одноразовых порций некоторых российских пищевых продуктов и готовых блюд»[1],[3],[5].

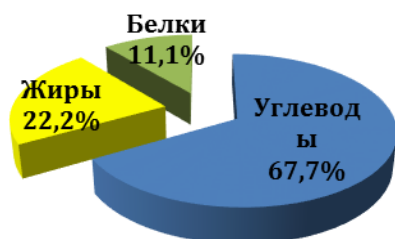
Результаты и обсуждения: Сравнив энергетические затраты и калорийность пищевого рациона студентов за 24 часа выявили, что у 68% мужчин энергетические затраты восполняются употребляемой пищей, а у 32% -нет. Среди женщин у 40% энергетические затраты восполняются, а у 60% -нет.



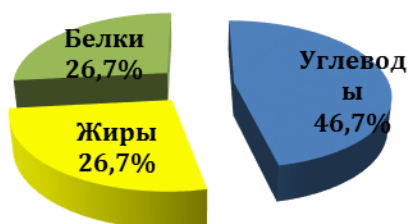
Рассмотрев качественный состав пищевого рациона у студентов БГМУ с неполноценным питанием, выявили возможную причину менее калорийного рациона питания среди мужчин: у 66,7% - вследствие недостаточности углеводов, 22,2%- вследствие

недостаточности жиров, 11,1 % - вследствие недостаточности белков. У женщин 46,7% - вследствие недостаточности углеводов, 26,7%- вследствие недостаточности жиров,26,7%- вследствие недостаточности белков.

Причины неполноценного рациона у мужчин



Причины неполноценного рациона у женщин



Заключение и вывод: В данной работе мы определили энергетические затраты, рассчитали калорийность и качественный состав фактического суточного пищевого рациона студентов БГМУ 1-6 курсов. Полученные данные свидетельствует о неполноценном питании, недоедании и несбалансированном рационе преимущественно у женской половины учащихся БГМУ. Скорее всего, это связано с соблюдением диеты для поддержания фигуры. Исходя из качественного состава пищевого рациона, можно судить о том, что в большинстве случаях неполноценность питания является следствием недостаточности углеводов, как у мужчин, так и у женщин. По анкетированию заметно, что причиной этого является отсутствие завтрака, либо употребление бутербродов с чаем, что является неполноценным завтраком. В норме на первый прием пищи необходимо употреблять сложные углеводы. Большинство студентов в обеденный перерыв едят малокалорийную пищу или превращают обед в быстрый перекус. Что собой ведет к понижению энергетической составляющей

питания. Последствия такого питания могут быть очень серьезными. Систематическое недоедание ведет к падению веса, исхуданию, понижению работоспособности, снижению реактивности и сопротивляемости организма к заболеваниям. Отдаленные последствия недоедания выражаются в ослаблении функций пищеварительных органов, умственных способностей и др. А так как в организме молодых людей еще не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, то они очень чувствительны к нарушению сбалансированности пищевых рационов. Также недоедание может привести к ряду нервных расстройств (появляется нервозность, расстройства сна и памяти).

По результатам исследования нами разработаны гигиенические рекомендации по профилактике нерационального питания:

- 1) Питаться не менее 3-4 раз в сутки, включая в рацион жидкие и горячие блюда
- 2) Приносить в университет домашнюю еду
- 3) Сократить потребление вредных продуктов (чипсы, сухарики, фаст-фуд)
- 4) Отказаться от неполноценных диет по снижению веса
- 5) Не пропускать завтраки
- 6) Не превращать обед или ужин в перекусы
- 7) Потреблять побольше сложных углеводов, во время сессии
- 8) Проводить подобное анкетирование в домашних условиях и следить за полноценностью своего рациона питания

Литература

- 1) Зулкарнаев Т.Р., Мурысева Е.Н., Зигитбаева Р.Н., Салимгараева А.И., Шакиров Д.Ф. руководство по практическим занятиям «Гигиена питания» БГМУ г.Уфа 2010 г
- 2) Куковякин В.М. «Азбука здорового питания» Рипол Классик. 2007.
- 3) Кучма В.Р., Горелова Ж.Ю., Ямщикова Н.Л. методическое указание «Оценка полноценности и адекватности питания, коррекция фактического пищевого рациона» г.Москва 2014
- 4) Пивоваров Ю. П. «Гигиена» в двух томах. Москва, издательский центр «Академия», 2013.
- 5) Скурихин И.М., Волгарев М.Н. «Химический состав пищевых продуктов»; Москва ВО АГРОПРОМИЗДАТ 1987г.

УДК 616.5-001.1-057

И. С. Фаткуллина

ЛАТЕКСНАЯ АЛЛЕРГИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кафедра гигиены труда и профессиональных болезней, Башкирский

государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной работе представлена актуальность проблемы латексной аллергии у медицинского персонала; оценка ее распространенности среди работников здравоохранения.

Ключевые слова: латексная аллергия, медицинские работники, профессиональный контакт.

I. S. Fatkullina

LATEX ALLERGY IN HEALTH CARE WORKERS

Department of industrial hygiene and occupational diseases, Bashkir state medical

university, Ufa

Abstract: this paper presents the urgency of the problem of latex allergies among health care staff an assessment of its prevalence among health workers.

Keywords: latex allergy, healthcare workers, professional contact.

Актуальность: в последние десятилетия во всех странах мира регистрируется высокая распространённость латексной аллергии (ЛА). В мире насчитывается более 4 000 медицинских изделий и более 40 000 наименований товаров широкого потребления, изготовленных из полимерных материалов, содержащих латекс: медицинские изделия, спортивное снаряжение, средства для контрацепции, бытовые резиновые перчатки, детские игрушки, соски, воздушные шары, фурнитура мебели, обратная сторона ковров, шины автомобилей и прочие предметы широкого потребления [1].

ЛА – это аллергическое заболевание, развитие которого обусловлено сенсibilизацией к латексу. Актуальность изучения латексной аллергии стала одним из важных вопросов после того, когда международные центры по контролю и профилактике заболеваемости выпустили инструкции относительно обязательного использования хирургических перчаток с целью предупреждения распространения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) среди медицинского персонала.

Латекс – это природный каучук, который получают из млечного сока каучукового дерева и широко используют в производстве резиновых изделий бытового, медицинского и технического назначения. Он в процессе производства резины подвергается технической

обработке, а для придания резиновым изделиям необходимой прочности и эластичности к нему добавляют различные химические вещества, такие как аммоний, антиоксиданты, оксид цинка, тиурам, каптакс, а также наполнители, пигменты, эмульсии, кислоты, соли металлов. Готовые резиновые изделия с целью предохранения от повреждения обрабатывают пудрой или антикоагулянтами.

В составе латекса насчитывают до 250 различных высокомолекулярных белков, значительная часть которых способна индуцировать IgE-опосредованные реакции. Эти аллергены являются высокоактивными, так как при попадании на кожу и слизистые оболочки они способны оказывать раздражающее, токсическое и аллергенное действие с развитием реакций гиперчувствительности III и IV типов [3].

Цель исследования: оценить распространенность латексной аллергии среди работников здравоохранения.

Материалы: статистические отчетные данные республиканского профцентра; обзор научных публикаций; научно-исследовательские материалы кафедры гигиены труда и профессиональных заболеваний

Методы: аналитический; статистический.

Результаты и обсуждения:

Во всем мире аллергические заболевания занимают лидирующее место.

Группы риска развития ЛА

Профессиональный контакт:

- медицинский персонал;
- работники производства каучуковых (резиновых) изделий;
- работники пищевой промышленности;
- работники технических и лабораторных служб;
- служащие коммунального хозяйства.

Бытовой контакт:

- младенцы, сосущие латексные соски;
- дети, имеющие игрушки из латекса;
- пользующиеся латексными противозачаточными средствами;
- бытовые изделия, содержащие латекс, и пр.

Иные факторы:

- возраст
- пол обследуемых

По прогнозам ВОЗ XXI век станет эпохой аллергии, потому что распространенность аллергических заболеваний стала увеличиваться в 2-3 раза каждые 10 лет и достигла масштаба эпидемии.

В мире:

По данным зарубежных авторов (исследования «The Alert»), проведенного под эгидой Американской ассоциации аллергии, ЛА страдает не меньше 1% населения земного шара, 3-17% пациентов медицинских стационаров. Среди персонала предприятий по изготовлению изделий из латекса (резины) она колеблется от 9,0 до 76,5%, а среди медицинских работников ее частота составляет 4,7-44,9%.

В России:

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в ГНЦ «Институт иммунологии» МЗ РФ, в различных регионах России распространенность аллергических заболеваний колеблется от 15% до 35%. В последние десятилетия наблюдается рост аллергозов в геометрической прогрессии (в 2–3 раза каждые 10 лет).

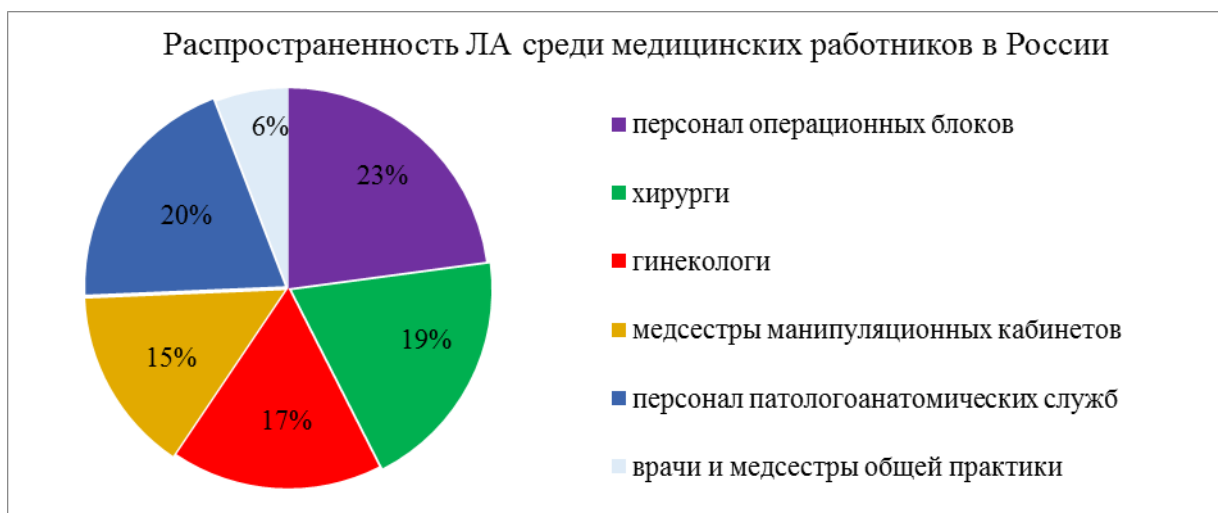


Рис. 1. Распространенность ЛА среди медицинских работников в России

Таким образом, из медицинских работников от ЛА наиболее часто страдают:

- ✓ персонал операционных блоков
- ✓ персонал патологоанатомических служб
- ✓ хирурги
- ✓ гинекологи
- ✓ медсестры манипуляционных кабинетов

в РБ:

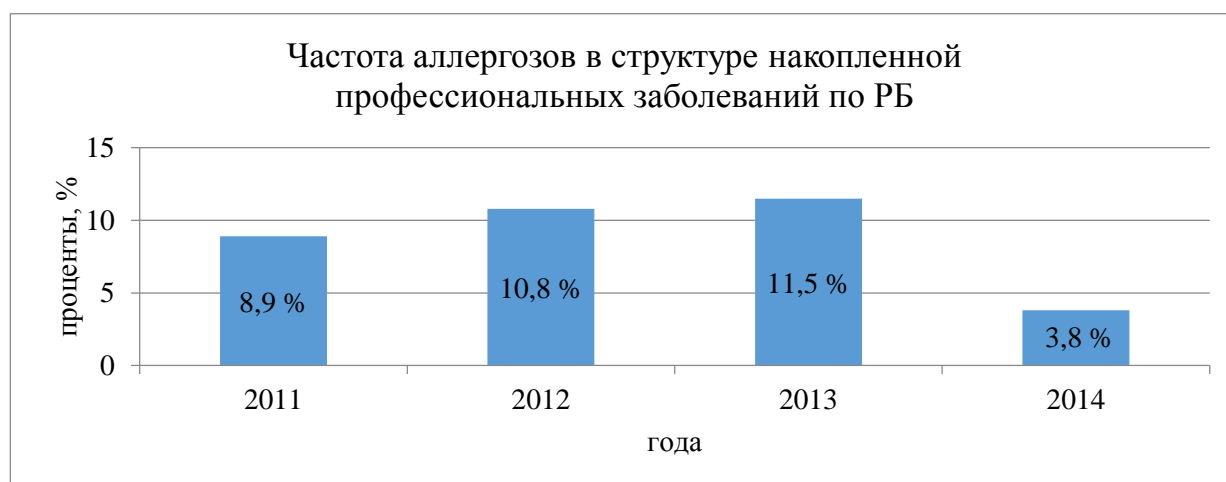


Рис. 2 . Частота аллергозов в структуре накоплений профессиональных заболеваний по РБ [5].

По отчетным данным Республиканского профцентра на базе Федерального бюджетного учреждения науки «Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда и экологии человека» за 4 года было установлено лишь 5 случаев латексной аллергии среди медицинских работников, что указывает на заниженные показатели диагностики по латексной аллергии (в сравнении с Россией, где показатели намного выше) [4].

Лечение ЛА

1. Этиопатогенетический подход: прекращение контакта с причинно-значимым аллергеном.
2. Симптоматическая терапия: при острых состояниях используют симптоматическую терапию, направленную на ликвидацию клинических проявлений ЛА.
3. Повышение информативности и токсико-аллергической настороженности медицинских работников и населения по вопросам риска возникновения аллергии при контакте с изделиями из латекса.
4. Специфическая иммунотерапия (СИТ) - с целью лечения больных ЛА с помощью ЛАГ [2]. Профилактика ЛА должна быть комплексной

Трудоустройство

- А) временное (на период обострения заболевания)
- Б) постоянное (в случаях нарастания и прогрессирования симптомов аллергии)

Заключение и выводы: Таким образом, результаты наших исследований позволяют считать латексную аллергию актуальной проблемой медицины. Особое внимание должно

быть уделено ранней диагностике, профилактике и лечению заболеваний, вызванных контактом с латексом.

Литература

1. Васильева О.С., Казакова Г.А., Батын С.З. и др. Латексная аллергия как проблема профессиональной заболеваемости //Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. 57-62.
2. Зайков С.В. Латексная аллергия: распространенность, клиника, диагностика, лечение, профилактика // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2007. № 12.
3. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные болезни: Учеб. пособие. — М.: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2011.— 252 с.
4. Информация о латексной аллергии среди медицинских работников [электронный ресурс] – Режим доступа: <http://uniim.rospotrebnadzor.ru>
5. Информация о состоянии условий труда и профессиональной заболеваемости в Республике Башкортостан в 2011-2014 годах [электронный ресурс] – Режим доступа: http://mintrudrb.ru/relations/inter_ministerial_commission_for_the_protection_of_labour/10003/

УДК 612.39:613.2-057.875

Ю.Р. Сагадатова, М.З. Габбасова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА КУМЕРТАУ**

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме: Изучены показатели физического развития у 607 школьников города Кумертау, из них 373 (61,44%) обучаются в лицее-интернате и 234 (38,56%) - в обычной школе. Установлено, что в большинстве случаев средние показатели длины, массы тела и окружности грудной клетки были выше в обычной школе, чем в лицее-интернате. В обычной школе также оказалась выше доля школьников с гармоничным физическим развитием.

Ключевые слова: школьники, физическое развитие.

J.R. SAGADATOVA, M.Z. GABBASOVA

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF
SCHOOLCHILDREN IN DIFFERENT TYPES OF EDUCATIONAL ORGANIZATIONS
OF THE CITY KUMERTAU**

Bashkir state medical University (Ufa, Russia)

Abstract: Studied indicators of physical development of schoolchildren 607 of Kumertau, of which 373 (61,44%) are studying in the lyceum and 234 (38,56%) in a normal school. It is found that in most cases the average length, body mass and chest circumference were higher in regular school than in high school, boarding school. In a normal school was also higher proportion of schoolchildren with a harmonious physical development.

Key words: schoolchildren, physical development.

Актуальность: Физическое развитие детей — один из главных критериев состояния здоровья детской популяции, отражающий влияние эндо- и экзогенных факторов. Организм ребенка находится в процессе непрерывного роста и развития, и нарушение его нормального хода должно расцениваться как показатель неблагополучия в состоянии здоровья. Именно поэтому необходимо получение своевременной информации о физическом развитии подрастающего поколения. Высокая информативность показателей физического развития

детей обусловила их включение во многие информационно-аналитические системы социально-гигиенического и эколого-гигиенического мониторинга [1,2,4,5].

Цель исследования: анализ различий в показателях физического развития школьников в различных типах общеобразовательных организаций.

Материалы и методы: Исследования были проведены среди школьников, обучающихся в различных видах общеобразовательных организаций: лицее-интернате и обычной школе г. Кумертау. Объектом изучения являлись 607 школьников, из них 373 (61,44%) обучаются в лицее-интернате и 234 (38,56%) - в обычной школе. Обследование детей проводилось непосредственно в общеобразовательных учреждениях. Нами изучено физическое развитие школьников по соматометрическим показателям: длина, масса тела и окружность грудной клетки ребенка. Проведение антропометрических исследований осуществлялось согласно общепринятой унифицированной методике [3]. Оценка показателей проведена центильным методом по региональным стандартам физического развития.

Результаты и обсуждение: При сравнении средних величин показателей физического развития было установлено, что рост у мальчиков, обучающихся в обычной школе, достоверно выше, чем в лицее-интернате в 12 и 14-17 лет (таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительная характеристика средних значений физического развития мальчиков г. Кумертау, обучающихся в лицее-интернате и в обычной школе, в зависимости от возраста

Показатели	Возраст	Лицей-интернат		Обычная школа		Достоверность различий
		Число случаев	М±m(M)	Число случаев	М±m(M)	
Длина тела, см	11 лет	5	143,00±2,24	7	145,00±0,16	
	12 лет	13	146,81±2,10	17	152,88±0,67	p<0,01
	13 лет	20	154,80±1,47	12	154,50±0,61	
	14 лет	21	161,57±1,88	15	166,00±0,69	p<0,05
	15 лет	26	169,68±0,84	26	167,31±0,74	p<0,05
	16 лет	26	170,70±1,27	9	178,76±0,50	p<0,001
	17 лет	12	175,33±1,51	8	178,38±0,21	p<0,05
	18 лет	9	171,56±1,73	11	174,00±0,14	
Масса тела, кг	11 лет	5	35,00±2,95	7	37,29±0,43	
	12 лет	13	38,23±1,28	17	42,47±0,90	p<0,01
	13 лет	20	39,55±1,40	12	45,17±0,56	p<0,001
	14 лет	21	47,00±1,37	15	52,00±0,79	p<0,01

	15 лет	26	54,16±1,56	26	55,42±0,92	
	16 лет	26	56,28±1,37	9	64,78±0,32	p<0,001
	17 лет	12	57,25±1,72	8	63,50±0,37	p<0,001
	18 лет	9	60,11±1,91	11	62,50±0,29	
Окруж- ность грудной клетки, см	11 лет	5	76,75±2,52	7	74,14±0,32	
	12 лет	13	74,00±1,92	17	74,82±0,70	
	13 лет	20	74,75±1,16	12	76,92±0,38	
	14 лет	21	80,38±1,12	15	81,87±0,57	
	15 лет	26	85,72±1,25	26	84,54±0,66	
	16 лет	26	87,28±1,07	9	89,89±0,23	p<0,05
	17 лет	12	88,42±0,93	8	88,88±0,33	
	18 лет	9	89,56±1,81	11	89,83±0,21	

У девочек такие различия наблюдаются только в 14 лет (157,74±1,47 см по сравнению с 160,80±0,41 см, p<0,05) (таблица 2).

Таблица 2 - Сравнительная характеристика средних значений физического развития девочек г. Кумертау, обучающихся в лицее-интернате и в обычной школе в зависимости от возраста

Показа- тели	Возраст	Лицей-интернат		Обычная школа		Достовер- ность различий
		Число случаев	M±m(M)	Число случаев	M±m(M)	
Длина тела, см	11 лет	4	148,00±2,03	10	150,20±0,33	
	12 лет	14	150,29±1,02	5	147,80±0,22	
	13 лет	19	153,58±1,56	11	154,82±0,40	
	14 лет	19	157,74±1,47	20	160,80±0,41	p<0,05
	15 лет	13	161,18±1,95	14	159,50±0,37	
	16 лет	19	160,97±1,06	13	162,85±0,34	
	17 лет	13	161,08±1,81	17	161,35±0,35	
	18 лет	3	163,33±4,06	6	164,17±0,13	
Масса тела, кг	11 лет	4	38,75±2,29	10	44,90±0,57	p<0,05
	12 лет	14	37,71±1,28	5	39,40±0,33	
	13 лет	19	40,16±1,67	11	44,82±0,46	p<0,05
	14 лет	19	45,05±1,03	20	48,75±0,34	p<0,01

	15 лет	13	47,50±1,40	14	48,50±0,43	
	16 лет	19	48,11±1,62	13	54,85±0,60	p<0,001
	17 лет	13	48,85±1,53	17	51,41±0,43	
	18 лет	3	49,00±1,87	6	55,33±0,18	p<0,01
Окруж- ность грудной клетки, см	11 лет	4	83,75±2,11	10	78,80±0,51	p<0,05
	12 лет	14	78,14±1,56	5	72,60±0,56	p<0,01
	13 лет	19	79,16±1,90	11	81,09±0,34	
	14 лет	19	83,37±1,37	20	81,65±0,33	
	15 лет	13	86,71±0,82	14	83,93±0,32	p<0,001
	16 лет	19	89,58±1,96	13	87,23±0,33	
	17 лет	13	87,62±1,28	17	85,18±0,34	
	18 лет	3	89,00±1,23	6	86,67±0,14	

Масса тела мальчиков также достоверно выше в обычной школе в возрасте 12-17 лет. Показатели веса девочек достоверно различаются в 11, 13, 14, 16 и 18 лет.

Показатели окружности грудной клетки у мальчиков достоверно выше в обычной школе только в 16 лет (87,28±1,07 см по сравнению с 89,89±0,23 см, p=0,05). А у девочек различия наблюдаются чаще: в 11 лет (83,75±2,11 см по сравнению с 78,80±0,51 см, p=0,05), в 12 (78,14±1,56 см по сравнению с 72,60±0,56 см, p=0,01), в 15 лет (86,71±0,82 см по сравнению с 83,93±0,32 см, p=0,001), и показатели выше в обычной школе, чем в лицее - интернате.

Таблица 3 - Сравнительная характеристика распределения по гармоничности физического развития школьников г. Кумертау, обучающихся в лицее-интернате и в обычной школе.

Гармоничность физического развития	Лицей-интернат	Обычная школа	Достоверность показателей
Гармоничное	34,61±3,11	46,92±2,58	p<0,05
Дисгармоничное	38,88±3,19	34,32±2,46	
Резко дисгармоничное	26,49±2,88	18,77±2,02	p<0,001

Анализ гармоничности физического развития показал, что в обычной школе по сравнению с лицеем-интернатом достоверно выше доля детей с гармоничным физическим

развитием (46,92% по сравнению с 34,61%, $p < 0,05$). При исследовании дисгармоничного физического развития достоверных различий не выявлено. А резко дисгармоничное физическое развитие достоверно чаще выявлялось в лицее-интернате, нежели в обычной школе (26,49% по сравнению с 18,77%, $p < 0,001$).

Заключение и выводы: Таким образом, выявлены значительные различия в соматометрических показателях у детей, обучающихся в различных видах общеобразовательных учреждений. В большинстве случаев средние показатели длины, массы тела и окружности грудной клетки были выше в обычной школе, чем в лицее-интернате, что возможно связано с меньшими учебными нагрузками в обычной школе, и, как следствие, большей двигательной активностью детей. В обычной школе также оказалась выше доля школьников с гармоничным развитием и ниже – доля детей с резко дисгармоничным физическим развитием.

Литература

1. Кучма, В.Р. Методы оценки показателей физического развития детей при популяционных исследованиях / В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина // Российский педиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 47-49.
2. Кучма, В.Р. Тенденции роста и развития московских школьников старшего подросткового возраста на рубеже тысячелетий / В.Р.Кучма, Л.М. Сухарева, Ю.А. Ямпольская // Гигиена и санитария. – 2009. – №2. – С. 18-20.
3. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: Руководство для врачей. // Ред. А.А. Баранов и В.Р. Кучма. – Москва, 1999. – 230 с.
4. Региональные особенности физического развития школьников Уфы /Поварго Е.А., Зилькарнаева А.Т., Зилькарнаев Т.Р., Овсянникова Л.Б., Агафонов А.И., Ахметшина Р.А. // Гигиена и санитария. – 2014. - №4.- С. 72-74.
5. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации / Под ред. акад. РАН и РАМН А.А. Баранова, член-корр. РАМН В.Р. Кучмы. - М.: Издательство «ПедиатрЪ». 2013. – 192 с.

УДК 613.955:612.744.211

Х.К. Рабуева, Р.Н.Зигитбаев

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ
У ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА САЛАВАТА**

Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Изучены условия и образ жизни 151 школьника в лицеях и обычных общеобразовательных школах города Салавата. Установлено, что условия жизни были лучше у школьников из лицеев, но образ их жизни характеризовался недостаточной продолжительностью пребывания на открытом воздухе, длительным просмотром телепередач и занятиями на компьютере.

Ключевые слова: школьники, условия жизни, образ жизни

RABUEVA H.K., ZIGITBAEV R.N.

**COMPARATIVE HYGIENIC DESCRIPTION LIFESTYLE IN STUDENTS IN
VARIOUS TUPES OF EDUKATIONAL ORGANIZATIONS IN SALAVAT**

The Department of General hygiene with ecology with the course of hygienic disciplines

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Abstract: The conditions and lifestyle of 151 schoolchildren in lyceum and ordinary schools in Salavat. It was found that the living conditions were better for schoolchildren from lyceum, but their lifestyle was characterized by insufficient of length of stay in the open air, long watching television and computer classes.

Key words: schoolchildren, living conditions, lifestyle

Актуальность: Школьная система является идеальным каналом для формирования здоровья учащихся [3]. В образовательных учреждениях нового типа (лицей, гимназии, школы с углубленным изучением ряда предметов) наблюдается увеличение суммарной нагрузки, интенсификация учебного процесса, при этом наибольшего внимания заслуживают учащиеся младших классов, в связи с тем, что данный переходный период онтогенеза играет значительную роль в формировании здоровья на последующих возрастных этапах. Исследования показали, что состояние здоровья учащихся, обучающихся в таких школах, страдает в большей степени, чем у их сверстников [1,2].

Цель работы - сравнительная гигиеническая оценка жилищных условий и образа жизни школьников г. Салавата в зависимости от вида общеобразовательной организации.

Материалы и методы: Исследования были проведены среди школьников, обучающихся в различных видах общеобразовательных организаций: лицеях и обычных школах города Салавата. Объектом изучения явился 151 школьник, из них 75% обучаются в лицеях, 76% обучаются в обычных школах. Образ жизни школьников и жилищные условия изучены путем одномоментного анкетирования.

Результаты и обсуждение: При сравнительной характеристике жилищных условий семей школьников, обучающихся в разных типах общеобразовательных организаций, оказалось, что доля семей, имеющих жилую площадь более 12 м² на одного члена, выше у обучающихся в лицеях. Так, среди мальчиков она составила 38,23±8,33% в лицеях и 8,82±4,86% в обычных школах ($p<0,001$), среди девочек 43,90±7,75% и 19,05±6,06% соответственно ($p<0,001$). При этом доля семей с жилой площадью 5-12 м² и менее 5 м² на одного члена семьи была выше среди обучающихся в обычных общеобразовательных организациях. Доля семей с жилой площадью 5-12 м² среди мальчиков, обучающихся в лицее, составила 58,82±8,44%, а среди мальчиков, обучающихся в обычных школах, 73,53±7,57% ($p<0,01$), среди девочек 53,65±7,79% и 71,45±6,97% соответственно ($p<0,01$). Доля мальчиков из обычных школ с жилой площадью менее 5 м² составила 8,82±4,86%, а у обучающихся в лицеях - 2,94±2,90% ($p<0,01$). Среди девочек – примерно такая же картина: 9,52±4,53% и 2,44±2,41% соответственно ($p<0,01$).

Наличие отдельной комнаты отмечают 67,64±8,02% мальчиков, обучающихся в лицеях и гораздо меньше мальчиков (41,18±8,44%), обучающихся в обычных общеобразовательных школах. У девочек доля таких детей составила 82,93±5,88% и 57,14±7,64% соответственно.

При оценке режима дня школьников, обучающихся в лицеях г.Салавата, отмечено, что доля мальчиков, которые имели достаточную продолжительность сна 10-11 часов, составила 44,12±8,52%, доля девочек была примерно такая же - 46,34±7,79%, а в обычных школах доля мальчиков с продолжительностью сна 10-11 часов статистически не отличалась и составила 41,17±7,71%, а доля девочек была достоверно ниже и составила 23,80±6,57% ($p<0,01$). Недостаточная продолжительность сна менее 8 часов встречалась у 2,94±2,90% мальчиков и 2,43±2,41% девочек, обучающихся в лицеях. Доля мальчиков, обучающихся в обычных школах, с недостаточной продолжительностью сна составила 8,83±4,86%, а доля девочек 9,52±4,53%. Таким образом, выявлена достоверно более низкая продолжительность сна школьников, обучающихся в обычных школах ($p<0,01$).

Выполнение домашних заданий начинают после 1-2 часового перерыва 35,29±8,20% мальчиков, обучающихся в лицеях, и 79,41±6,93% мальчиков ($p<0,001$), обучающихся в

обычных школах. Доля девочек, обучающихся в лицеях, выполняющих домашние задания после 1-2 часового перерыва, составила $68,29 \pm 7,26\%$, а в обычных школах была немного больше - $78,57 \pm 6,33\%$. Доля мальчиков, выполняющих домашнее сразу после школы, составила $38,23 \pm 8,23\%$ среди обучающихся в лицеях и всего $8,82 \pm 4,86\%$ среди обучающихся в обычных школах ($p < 0,001$), а у девочек практически не различалась и составила $19,51 \pm 6,19\%$ в лицеях и $11,90 \pm 5,00\%$ в школах. Выполнение домашнего задания перед сном начинали $17,64 \pm 6,54\%$ мальчиков, обучающихся в лицеях, и $11,76 \pm 5,53\%$ мальчиков из обычных школ. Доля девочек обучающихся в лицеях, выполняющих домашнее задание перед сном составила $12,19 \pm 5,11\%$ и была достоверно меньше в обычных школах - $4,76 \pm 3,29\%$ ($p < 0,01$).

и физической культурой чаще встречались среди обучающихся в лицеях. Так, доля мальчиков, занимающихся в кружках, составила $80,41 \pm 4,69\%$ среди обучающихся в лицеях, и $24,55 \pm 6,25\%$ среди обучающихся в обычных школах ($p < 0,001$). Доля девочек, занимающихся в кружках, составила $71,73 \pm 3,88\%$ и $14,28 \pm 4,35\%$ соответственно ($p < 0,001$).

Занимались в спортивных секциях $55,88 \pm 8,52\%$ мальчиков, обучающихся в лицеях, и $23,52 \pm 7,27\%$ мальчиков, обучающиеся в обычных школах ($p < 0,001$). Доля девочек, занимающихся спортом в лицеях, составила $26,82 \pm 6,92\%$ и $30,95 \pm 7,05\%$ ($p < 0,001$). Установлено, что мальчики и девочки, обучающиеся в лицеях, намного реже занимаются утренней гимнастикой в отличие от мальчиков и девочек, обучающихся в обычных общеобразовательных школах. Так, делают утреннюю гимнастику $5,88 \pm 4,04\%$ мальчиков из лицеев и значительно больше мальчиков из обычных школ - $24,53 \pm 7,16\%$ ($p < 0,001$). Доля девочек, занимающихся утренней гимнастикой, составила $9,75 \pm 4,63\%$ в лицеях и $26,19 \pm 6,78\%$ в обычных школах ($p < 0,01$).

Вообще не смотрят телепередачи $14,70 \pm 6,07\%$ мальчиков, обучающихся в лицеях, и $15,70 \pm 8,04\%$, обучающиеся в обычных школах ($p < 0,05$), доля девочек составила $56,09 \pm 7,75\%$ в лицеях и $16,67 \pm 5,75\%$ среди обучающихся в обычных школах ($p < 0,001$). Игры за компьютером более 30 минут, обучающиеся в лицеях мальчики $55,88 \pm 8,52\%$ и $17,64 \pm 6,54\%$ мальчики из обычных школ ($p < 0,001$).

Таким образом, установлено, что условия жизни были лучше у школьников из лицеев, в их семьях достоверно больше жилая площадь из расчета на одного члена семьи и они чаще имеют отдельную комнату, но образ их жизни характеризовался недостаточной продолжительностью пребывания на открытом воздухе, длительным просмотром телепередач и занятиями на компьютере.

Литература

1. Зулькарнаева, А.Т. Влияние отдельных факторов на состояние здоровья школьников / А.Т. Зулькарнаева, Е.А. Поварго, Т.Р. Зулькарнаев, Л.Б. Овсянникова, А.И. Агафонов // *Здоровье населения и среда обитания*. – 2012. - №8. - С. 29-31.
2. Пляскина, И.В. Здоровье детей, обучающихся в школах нового типа / И.В. Пляскина // *Гигиена и санитария*. – 2000. - №1. – С.62-68.
3. *Сухарев, А.Г. Научные основы концепции укрепления здоровья детей и подростков / А.Г. Сухарев // Гигиена и санитария. – 2000. - №3. – С.43-44.*

УДК 574.589

Д. Л. Попенова, Р.А. Галимова

**ОЦЕНКА САМООЧИЩАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ РЕКИ УФА И ЕЕ
ПРИТОКОВ ЗА 2015 ГОД АППЛИКАЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ**

**Кафедра общей гигиены с курсом экологии, ГБОУ ВПО Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Качество питьевой воды на планете неуклонно ухудшается в связи с экологическими и антропогенными факторами. Мониторинг естественных источников – важная задача на сегодняшний день. Проведен анализ качества воды некоторых рек Республики Башкортостан.

Ключевые слова: экологический мониторинг, донные отложения, биоиндикационные методы.

D. L. Popenova, R. A. Galimova

**EVALUATION OF SELF-PURIFICATION ABILITY OF THE RIVER UFA AND ITS
INFLOWS FOR 2015 WITH APPLICATION METHODS**

Bashkir State Medical University

Abstract: The quality of drinking water on the planet (on Earth) is steadily getting worse due to environmental and anthropogenic factors. Monitoring of natural sources is an important task for today. The analysis of the water quality of some Bashkortostan rivers had been done.

Keywords: Ecological monitoring, sediment, bioindicatoring methods.

Актуальность: Пресная вода является очень важным фактором, необходимым для жизни наземных организмов и обитателей водной среды. В результате серьезных загрязнений сложилась угрожающая ситуация в ряде пресноводных и морских экосистем. Основными загрязнителями пресноводных экосистем являются: нефтехимические комплексы, химические предприятия, множество тепловых электростанций. Загрязняют воду и сельскохозяйственные истоки, одними из самых опасных, наносящих огромный урон, являются стоки целлюлозно – бумажной промышленности. Поступающие в водоемы загрязняющие вещества распределяются неравномерно. Максимально загрязненными оказываются прибрежные воды. Значительная часть чужеродных компонентов, проходя через толщу воды, в составе взвесей осаждаются на дно. Поэтому содержание многих загрязняющих веществ в придонных и донных отложениях намного выше, чем в толще воды. Захороненные в донных отложениях органические вещества и соединения твердых металлов

могут вновь поступать в воду. Такое «вторичное» загрязнение обусловлено взмучиванием осадков донными организмами (моллюсками, ракообразными, некоторыми рыбами), но особенно интенсивно оно происходит при волновом и ветровом воздействии. [1, 5]

Экосистему водоемов необходимо спасать. Для этого следует резко сократить токсические выбросы: изменить технологию и усовершенствовать систему доочистки сбрасываемых в водоемы промышленных вод. Экологический мониторинг является комплексным мониторингом биосферы. Он включает в себя контроль за изменением состояния окружающей среды под влиянием как природных, так и антропогенных факторов.[4]

Для контроля за состоянием пресноводных источников используют различные виды мониторинга водных экосистем. Методы разнообразны и информативны: биоиндикационный, физико – химический, чисто химический, метод автографии на фотобумаге и др. [7,8]

Цель исследования: оценка самоочищающей способности реки Уфа и ее некоторых притоков методом автографии на фотобумаге и изучение активности протеолитических ферментов в донных отложениях по аппликациям на рентгеновской пленке.

Задачи: 1) Сравнить пробы грунта, взятые на реках Уфа, Белекес и Изяк.

2) Установить степень окисленности и восстановленности, взятых в исследуемых водоемах различных видов грунта, провести сравнение.

3) Сравнить активность протеолитических ферментов в донных отложениях по аппликациям на рентгеновской пленке в исследуемых водоемах.

Материалы и методы: в качестве материала использовали различные пробы воды и ила водоемов Республики Башкортостан. Для проведения эксперимента использовали методические рекомендации [2,3,6]. Качество определяли методом автографии на фотобумаге и методом изучения активности протеолитических ферментов в донных отложениях.

Метод автографии: образцы ила или грунта в обозначенных вариантах опыта отбирали в литровые банки, оставляя сверху над грунтом 1 см слоя воды. С каждой точки отбирали по 3 повторности образцов. Фотобумагу брали черно-белую тонкую нормальную, гляцевую в темноте нарезали на полоски размером 4 x 8 см и нумеровали в соответствии с вариантами опыта. Полоски фотобумаги помещали вертикально во влажные образцы грунта. Фотографии высушивали на фильтровальной бумаге, положив полоску кверху эмульсией. [2]

Таблица 1

Характероокислительно –восстановительных процессов по краске автографии.

Характер окрашивания автографии	Степень окисленности (восстановленности) среды в донных отложениях
Сплошное белое окрашивание	Очень высокая степень окисленности среды
Белое окрашивание с единичными темными пятнами	Высокая степень
Преобладание общего белого фона над темными пятнами и группами пятен	Преобладание окисленности среды
Одинаковое по площади количество белых и темных пятен	Окисленность и восстановленность выражены одинаково
Преобладание темно окрашенных точек и пятен над белым фоном	Преобладание восстановленности среды
Темное окрашивание с единичными белыми пятнами	Высокая степень восстановленности
Сплошное темное окрашивание	Очень высокая степень восстановленности

Чем больше на полоске белых пятен, тем, следовательно, больше кислорода содержат илы, интенсивнее протекает минерализация органических соединений. Равномерно пестрое окрашивание автографа свидетельствует о сбалансированности процессов окисления и восстановления в грунте. Черный или темно – бурый автограф на фотобумаге фиксирует крайне слабую самоочищающую способность ила. [3]

Второй метод изучения - метод активности протеолитических ферментов в донных отложениях по аппликациям на рентгеновской пленке. Рентгеновскую пленку нарезали полосками размером 2 x 5 см, маркировали, накалывали номер пробы тонкой иглой, и помещали в пробу с грунтом на 72 часа. Опытные образцы должны находиться в одном помещении при температуре не более 20⁰. По окончании экспонирования пленку осторожно вынимали пинцетом, прополаскивали в проточной воде и высушивали на фильтровальной бумаге желатиновым слоем вверх. О протеазной активности в образце судили визуально по степени разрушения желатинового слоя пленки. [6]

Таблица 2

Характер нарушения эмульсионного слоя пленки по уровню донных отложений.

Характер нарушения эмульсионного слоя пленки	Уровень протеолитической активности донных отложений
Полное отсутствие эмульсионного слоя	Очень высокий
Единичные пятна и точки, либо редкие группы точек и пятен на фоне прозрачной	Высокий

пленки	
Прозрачный фон по площади преобладает над участками с сохранившимся слоем эмульсии	Средний
Редкие пятна и точки разрушенной эмульсии на общем темном фоне	Низкий
Единичные точки разрушенной эмульсии, либо полностью сохранившийся слой	Очень низкий

Результаты и обсуждение: Была исследована река Уфа и ее притоки, взяты 4 пробы автографии и четыре пробы рентгеновской пленки:

Первая проба была взята на реке Уфа близ поселка Максимовка – грунт галечно – песчаный с примесью ила.

Вторая проба - на левом берегу реки Уфа напротив Красной горки – грунт глинисто – галечный песчаный.

Третья пробы отобрана на реке Белекес – грунт глинисто – песчаный.

Четвертая проба выбрана на реке Изяк – глинистый грунт.

Таблица 3

Результаты исследований грунта и воды реки Уфа и ее притоков методом автографии на фотобумаге.

Проба № 1	Грунт	Вода
Окислительно – восстановительная способность	Высокая	Средняя
Проба № 2		
Окислительно – восстановительная способность	Высокая	Выше среднего
Проба № 3		
Окислительно – восстановительная способность	Средняя	Высокая
Проба № 4		
Окислительно – восстановительная способность	Ниже среднего	Средняя

способность		
-------------	--	--

Таблица 4

Результаты исследований грунта реки Уфа и ее притоков аппликациями на рентгеновской пленке.

Проба № 1	Грунт
Протеолитическая активность	Высокая
Проба № 2	
Протеолитическая активность	Ниже среднего
Проба № 3	
Протеолитическая активность	Ниже среднего
Проба № 4	
Протеолитическая активность	низкая

Заключение и выводы: В результате проведенных исследований выявлено, что в 2015 году у реки Уфа высокая самоочищающая способность. У Реки Изяк – низкая, а у реки Белекес – средняя. При сравнении проб грунта установлена степень окислительно – восстановительных способностей, при этом у реки Уфа высокая степень окислительно – восстановительной способности. У реки Изяк – окислительно – восстановительная способность ниже среднего, у реки Белекес – средняя. При сравнении активности протеолитических ферментов донных отложений по аппликациям на рентгеновской пленке результаты показали, что у реки Уфа и Изяк протеолитическая активность средняя, а у реки Белекес – высокая. Таким образом, реку Уфа можно считать источником чистой пресной воды, реку Белекес – условно, а реке Изяк целесообразны коррекционные мероприятия по очистке.

Литература

1. Миркин Б.М., Наумова Л.Г. Экология. - М.: Устойчивый мир, 2001. - 323 с.
2. Ашихмина Т.Я. Экологический мониторинг: Учебно-методическое пособие. Изд. 3-е, испр. и доп. / Под ред. Т.Я. Ашихминой. М.: Академический Проект, 2006. —416 с.
3. Тихонова, И.О. Экологический мониторинг водных объектов: Учебное пособие / И.О. Тихонова, Н.Е. Кручинина, А.В. Десятов. - М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2012. - 152 с.
4. [Якунина И.В., Попов Н.С. Методы и приборы контроля окружающей среды. Экологический мониторинг.](#) Учебное пособие. - Тамбов: изд-во ТГТУ, 2009. - 188с.

5. Коробкин В.И. Экология. – Изд. 18-е, доп. и перераб. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. –601,[1]с., : ил. – (Высшее образование).
6. Ихер Т.П., Шиширина Н.Е., Татарина Л.Ф. Комплексный анализ пресноводныхэкосистем :Методические пособие. М.: НП ХЭО, 2003. – 42 с.
7. Николайкин Н.И. «ЭКОЛОГИЯ» / Н.И.Николайкин, Н.Е.Николайкина, О.П.Мелехова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Дрофа, 2003. – 624 с.
8. Горшков М.В. Экологический мониторинг. Учебное пособие. Владивосток: Изд-во ТГЭУ, 2010, 313 с.

УДК 613.96::616.2

А.К. Османович, Р.А. Гарифуллин, Р.Я. Абзалилов

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В
СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

**Кафедра гигиены, Кафедра физической культуры, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. Особую тревогу вызывает снижение основных показателей состояния дыхательной системы среди лиц молодого возраста. В данной работе результаты изучения показателей состояния дыхательной системы среди студентов БГМУ (18-21 лет) мужского пола по данным антропометрических и спирометрических показателей и обоснованы гигиенические рекомендации.

Ключевые слова. гигиена, загрязнение воздуха, экология, дыхательная система.

A.K. Osmanovich, R.A. Garifullin, R. Ja. Abzalilov

PROPHYLAXIS OF RESPIRATORY SYSTEM'S DISEASE AMONG STUDENTS

Department of general hygiene,

Department of physical culture, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Decreasing of respiratory system's common indicators causes especial anxiety. A research of pollution influence on the condition of the respiratory system of young man 18-21 years old by antropometrical and spirometrical indicators is provided in our work, and hygiene recommendations are also substantiated in this paper.

Keywords. hygiene, air pollution, ecology, respiratory system.

Актуальность: Во многих странах вопрос борьбы с загрязнением воздуха уже поставлен на государственный уровень, поскольку воздушная среда имеет значительное влияние на здоровье. По данным ВОЗ за 2012 год от загрязнения воздушной среды во всем мире умерло свыше 7 млн. человек [5]. Разбивка по конкретным болезням выглядит так: 34% - инсульт, 26% - ишемическая болезнь сердца, 22% - ХОБЛ, 12% - острые инфекции нижних дыхательных путей у детей [6]. По данным Росстата в России за 2014 количество выбросов загрязняющих атмосферу веществ стационарными и передвижными источниками составило свыше 31 млн. тонн [3]. Причем очевидно, что городской вклад составляет значительную часть от общего загрязнения, благодаря заводам, фабрикам и высокому количеству автомашин. Загрязнение атмосферы приводит к многообразным расстройствам дыхательной системы и её заболеваниям. В течении ряда лет на кафедре общей гигиены с экологией

человека БГМУ проводятся исследования загрязнения воздушной среды и его влияния на здоровье человека.

Цель исследования: на основании сравнения данных антропометрических и спирометрических показателей у юношей в возрасте 18-21 лет, выходцев из городской и сельской местности, определить основные факторы риска, способствующие предрасположенности студентов-юношей к неудовлетворительному состоянию дыхательной системы и разработать гигиенические рекомендации.

Материалы и методы: В данном исследовании мы использовали антропометрические методы такие, как: измерение роста, обхвата грудной клетки в покое, при выдохе и вдохе; также мы измеряли жизненную емкость легких (ЖЕЛ) методом сухой спирометрии. В исследовании добровольно приняли участие 16 юношей сельского населения и 16 юношей городского населения 18-21 лет, обучающиеся в БГМУ. Данные были собраны и обработаны в соответствии с ФЗ "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014). При обработке высчитывалась экскурсия грудной клетки - разница между её объемом на вдохе и на выдохе. Должный ЖЕЛ (ДЖЕЛ) для мужчин вычислялся по следующей формуле:

$$\text{ДЖЕЛ} = (27,63 - 0,112 * \text{возраст(лет)}) * \text{рост(см)}$$

Рис. 1. Формула вычисления должного ЖЕЛ [4]

Статистическая обработка велась в программном пакете MS Excel (Microsoft, USA). Так как распределение выборок не было нормальным, они описывались медианой, первым и третьим квартилями. Для попарного сравнения выборок использовался U-критерий Манна-Уитни при $p=0,01$.

Результаты и обсуждение: При обработке антропометрических данных было выявлено, что ни обхват грудной клетки, ни её экскурсия не имеют статистически значимых различий в исследуемых группах. Их характеристики приведены в таблице 1, по принципу: медиана (1 квартиль - 3 квартиль). В дальнейшем все табличные данные организованы по такому же принципу. Объем выборки - 16.

Таблица 1

Обхват грудной клетки и её экскурсия

	Обхват грудной клетки (см)	Экскурсия (см)
Городское население	90,5 (87,0-94,0)	9,0 (8,0-11,0)
Сельское население	100,0	10,0

	(94,0-102,5)	(8,8-11,0)
--	--------------	------------

При обработке спирометрических данных мы наткнулись на стойкую статистически значимую разницу ($p < 0,01$) в ЖЕЛ и процентном отклонении ЖЕЛ от ДЖЕЛ между исследуемыми выборками. Юноши сельского населения имеют медианную ЖЕЛ большую на 1,15 л, чем городского населения и процентное отклонение +2%, в отличие от отклонения городских -17%. Стоит отметить, что нормальным отклонением считается до -15%. Таким образом, 62,5% юношей городского населения имеют ЖЕЛ ниже нормы (рис. 2), а среди юношей сельского населения существенных отклонений не выявлено.

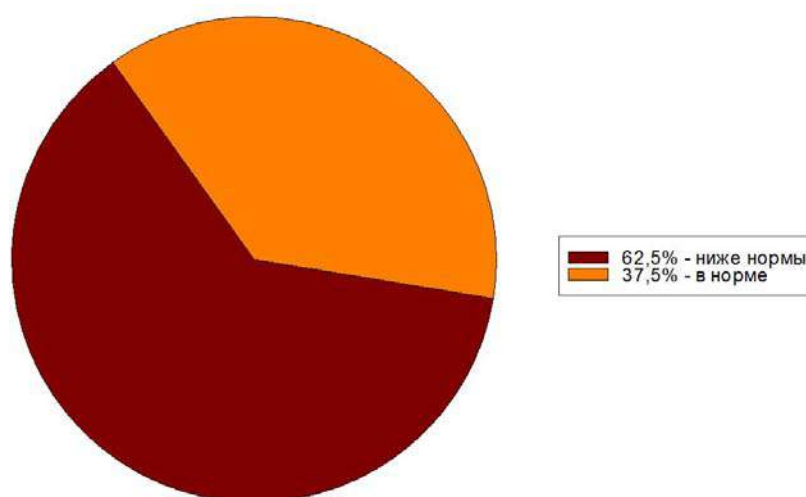


Рис. 2. Состояние ЖЕЛ у юношей городского населения

Данные по ЖЕЛ и процентному отклонению ЖЕЛ от ДЖЕЛ приведены в таблице 2.

Таблица 2

ЖЕЛ и его процентное отклонение от ДЖЕЛ

	ЖЕЛ (л)	Процентное отклонение ЖЕЛ от ДЖЕЛ
Городское население	3,85 (3,6-4,0)	0,83 (0,80-0,87)
Сельское население	5,0 (4,5-5,0)	10,0 (8,8-11,0)

Таким образом, мы можем отметить худшее состояние дыхательной системы у юношей городского населения. Следовательно, имеется достоверное пагубное влияние городской среды на органы дыхания в сравнении с окружающей средой сельской местности, что имеет несомненно гигиеническое и экологическое значение. Анализируя исследования ученых Астрахани в области влияния загрязнения окружающей среды на состояние дыхательной системы детей мы пришли к выводу, что ухудшенное состояние дыхательной системы,

которое мы обнаружили, формируется под воздействием загрязненного воздуха с самого детства [1,2].

Заключение и выводы: В данной работе мы определили показатели ЖЕЛ, обхвата грудной клетки, её экскурсии, процентного отклонения ЖЕЛ от ДЖЕЛ и выявили статистически значимое различие в ЖЕЛ, процентном отклонении ЖЕЛ от ДЖЕЛ между юношами сельского и городского населения. Также приведены возможные причины такого результата такие, как уровень загрязненности воздуха в месте проживания и в месте рождения, взросления.

Таким образом, мы выявили факторы риска, способствующие предрасположенности студентов к нарушениям дыхательной системы: уровень загрязненности воздушной среды, факт рождения и взросления в местности с высоким уровнем загрязнения.

По результатам исследования нами разработаны гигиенические рекомендации по профилактике ожирения:

1. Следования современным нормам выбросов загрязняющих веществ. Высокий уровень загрязненности воздушной среды в городе является ничем иным, как следствием нарушений норм заводами и автомобилями. Снижения уровня их выбросов опосредственно благоприятно повлияет на состояние дыхательной системы у людей.

2. Уделение внимания родителями поездкам загород. В самом деле, сельский воздух содержит меньше загрязнений и будет благотворно действовать на дыхательную систему с самого детства.

Литература

1. Коломин В.В. Рыбкин В.С., Чуйков Ю.С. - Оценка риска возникновения у детей заболеваний, обусловленных загрязнением воздушной среды в Астрахани [Статья] // Астраханский медицинский журнал. - Астрахань : Астраханский государственный медицинский университет (Астрахань), 2015 г.. - 2 : Т. 10. - стр. 57-63.

2. Кузнецов И.А. Стороженко П.А., Расулов М.М., Быстрякова Е.А. - Влияние загрязнения воздушной среды астраханской области на распространение туберкулеза легких у детей [статья] // энциклопедия инженера-химика. - Астрахань : Наука и технологии (Москва), 2013 г.. - 11. - стр. 35-39.

3. Федеральная служба государственной статистики - Выбросы загрязняющих атмосферу веществ стационарными и передвижными источниками [В Интернете] // Федеральная служба государственной статистики. - 6 май 2015 г.. - 17 март 2016 г.. - http://www.gks.ru/free_doc/new_site/oxrana/tab1/oxr_vibr4.xls.

4. Robert C. Rollings - Facts and Formulas [Книга]. - [б.м.] : E.S. Tindall and R.C. Rollings, 1984. - стр. 17-18.

5. WHO - GHO | By category | Deaths - Data by region [В Интернете] // WHO | World Health Organization. - 19 март 2014 г.. - 17 март 2016 г.. -

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.ENVHEALTHJOINTAAPHAPBoDDeaths?lang=en>.

6. WHO - WHO | 7 million premature deaths annually linked to air pollution [В Интернете] // WHO | World Health Organization. - 25 март 2014 г.. - 17 март 2016 г.. -

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/en/>.

УДК 613.96:.[616-054-071.3+616-056.5]

А.К. Османович, Р.А. Гарифуллин, Р.Я. Абзалилов

ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

**Кафедра гигиены, Кафедра физической культуры, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Особую тревогу вызывает рост распространенности ожирения среди лиц молодого возраста. В данной работе представлены результаты изучения распространенности избыточной массы тела и ожирения среди студентов БГМУ (18-21 лет) мужского пола по данным антропометрических показателей и обоснованы гигиенические рекомендации.

Ключевые слова: гигиена, масса тела, ожирение, антропометрия, физическое развитие.

A.K. Osmanovich, R.A. Garifullin, R. Ja. Abzalilov

PROPHYLAXIS OF OBESITY AMONG STUDENTS

Department of general hygiene,

Department of physical culture, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Increasing of obesity's prevalence among young men causes especial anxiety. A research of environment influence on the physical growth of young men 18-21 years old by anthropometrical indicators is provided in our work, and hygiene recommendations are also substantiated in this paper.

Keywords: hygiene, body's mass, obesity, anthropometry, physical growth.

Актуальность: Во многих странах вопрос борьбы с ожирением среди молодежи уже поставлен на государственный уровень, поскольку формирование здорового общества является приоритетным направлением общества страны в целом. По данным ВОЗ, в 2014 г. в мире индекс массы тела (ИМТ) стал равен 24,3 (24,1-24,5) (здесь и далее статистические данные описываются медианой, первым и третьим квартилем), процентное соотношение мужчин с ИМТ>25 (стадия предожирения и далее) равно 38,5% (36,1%-41,2%), а процентное соотношение мужчин с ИМТ>30 (ожирение I, II и III степени) равно 10,7% (9,4%-10,2%), причем с 2010 г. все эти показатели увеличились [3,5,7]! В России эти показатели ещё хуже - общий ИМТ равен 26,5 (26,8-27,1), процентное соотношение мужчин с ИМТ>25 равно 60,9% (53,1%-68,7%), процентное соотношение мужчин с ИМТ>30 равно 20,3% (14,1%-27,3%)

[4,6,8]! Общеизвестно, что ожирение повышает риск множества заболеваний, особенно заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: на основании сравнения данных антропометрических показателей у юношей в возрасте 18-21 лет, выходцев из городской и сельской местности, определить основные факторы риска, способствующие предрасположенности студентов-юношей к ожирению и разработать гигиенические рекомендации.

Материалы и методы. В исследовании приняли добровольное участие 32 студента БГМУ мужского пола в возрасте 18-21 лет. В исследовании были использованы следующие измерения: длина тела, масса тела, обхват талии, обхват бёдер, жировая складка плеча спереди и сзади, предплечья, бедра, голени, спины, грудной клетки, живота, динамометрия. Было проведено изучение образа жизни респондентов. Данные были собраны и обработаны в соответствии с ФЗ "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014). Были использованы: формула индекса массы тела (ИМТ), формула Матейки, индекс типа ожирения (объем талии/объем ягодиц) и индекс динамометрии (сила/масса тела) [1]. Статистическая обработка проводилась программным пакетом MS Excel (Microsoft, USA), так как распределения выборок не являлись нормальными, выборки описывались медианой, первым и третьим квартилем, проверка гипотез осуществлялась U-критерием Манна-Уитни ($p=0,01$).

Результаты и обсуждение. По результатам антропометрических измерений мы обнаружили, что индекс ожирения свидетельствует об абдоминальном типе ожирения в обеих группах. Были выявлены статистически значимые ($p<0,01$) различия между ИМТ, общим количеством жира и динамометрическим индексом. У студентов, выходцев из городской местности, ИМТ больше на 2, общее количество жира больше на 5,7 кг, динамометрический индекс меньше на 0,04. Все данные отражены в таблице 1.

Таблица 1

	ИМТ	Общее количество жира (кг)	Индекс типа ожирения	Динамометрический индекс
Городское население	23,9 (22,5-25,17)*	14,6 (9,2-16,1)*	0,96 (0,87-0,98)	0,77 (0,71-0,79)*
Сельское население	21,9 (20,5-22,7)*	8,9 (8,0-10,1)*	0,87 (0,82-0,92)	0,81 (0,76-0,82)*

Пояснение: данные представлены в таком виде – медиана (нижний квартиль - верхний квартиль). Звездочкой помечены статистически значимые расхождения при $p < 0,01$.

Также интересно сравнение ИМТ юношей сельского населения, городского населения и в общем мужского населения России, что представлено на рис. 1 [4].

Как показали результаты, юноши сельского населения физически развиты лучше, чем юноши городского населения. Такое можно объяснить благотворным действием окружающей среды в сельской местности, которая намного меньше загрязнена, чем городская. Также у сельских юношей, по результатам опроса, положительно отличается образ жизни - они более активно двигались в детстве и двигаются сейчас, больше занимаются спортом и физкультурой.

По исследованиям Юдицкой Т.А. и Гирш Я.В. была получена достоверная разница между пищевым поведением сельских детей и городских: дети, проживающие в области, в сравнении с детьми города, имели большие нарушения пищевого поведения с дальнейшим риском развития ожирения, что является одним из возможных факторов, повлиявших на наш результат [2].

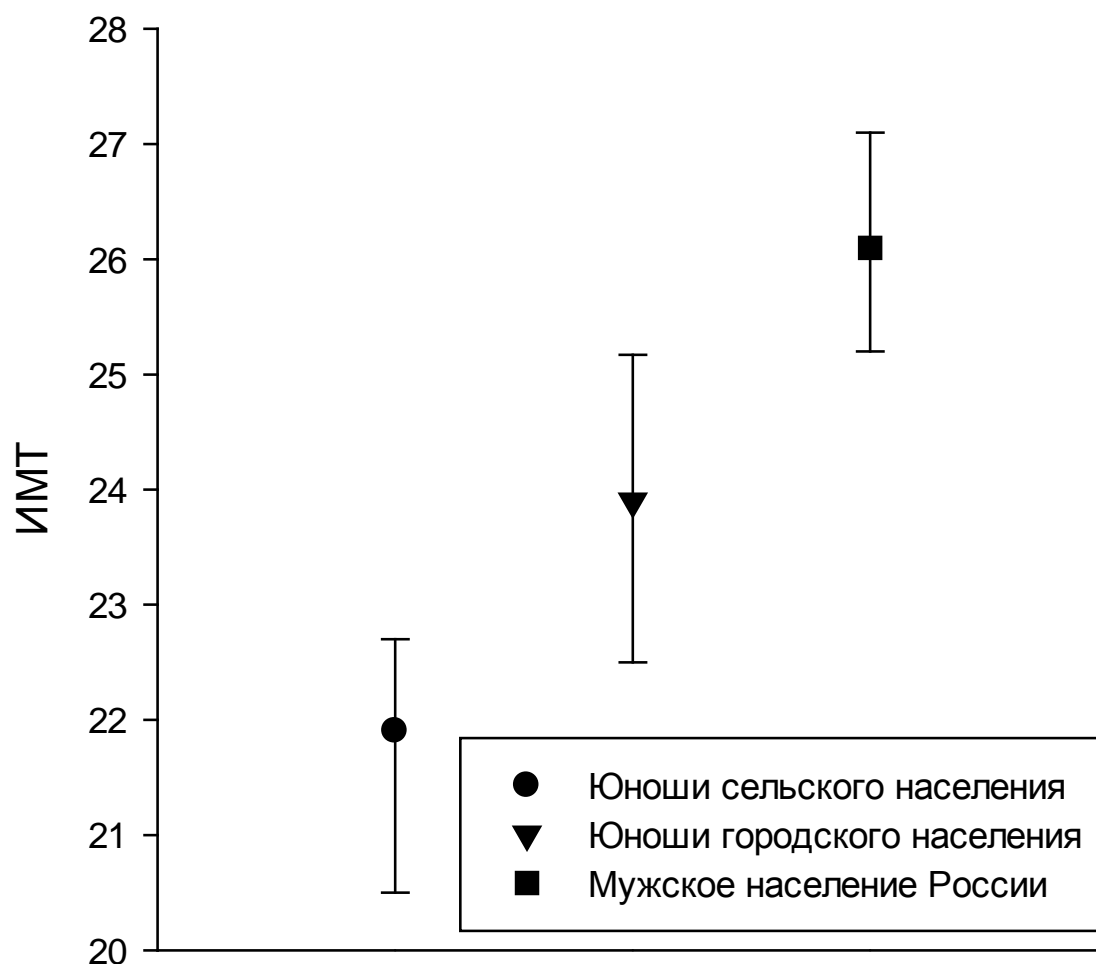


Рис. 1. Сравнение наших данных и данных ВОЗ по России[4]

Заключение и выводы. В данной работе мы определили показатели ИМТ, жировой массы, индекса ожирения, динамометрии, динамометрического индекса и выявили статистически значимое различие в ИМТ, жировой массе и динамометрическом индексе между юношами сельского и городского населения. Также приведены возможные причины такого результата такие, как разница в образе жизни, уровне активности, пищевом поведении с самого детства.

Таким образом, мы выявили факторы риска, способствующие предрасположенности студентов к ожирению: неправильное питание, малая двигательная активность, недостаточные знания об эффективных способах профилактики ожирения.

По результатам исследования нами разработаны гигиенические рекомендации по профилактике ожирения.

1. Рациональное питание. С пищей человек получает необходимые элементы, которые обеспечивают организм энергией и требуются для роста и поддержания жизнедеятельности тканей. Для того чтобы питание отвечало требованиям здорового образа жизни, оно должно содержать весь комплекс пищевых элементов в необходимом количестве и нужном сочетании. Вес человека зависит от того, сколько он получает энергии с пищей и сколько расходует энергии.

2. Занятия спортом. Самое благоприятное время для занятий физической культурой – молодые годы, когда еще нет больших жизненных проблем и для воспитания в себе необходимых физических качеств, практически отсутствуют объективные препятствия. Занятия физической культурой и спортом – одна из мер по профилактике ожирения, которая способствует расходу энергии. Для профилактики и борьбы с ожирением могут использоваться практически все виды спорта, но наибольший эффект дают аэробные занятия: бег, ходьба, лыжные гонки, плавание и др. Комплексно воздействуют аэробика, танцы.

3. Считаю необходимой дальнейшую пропаганду профилактики ожирения с проведением следующих мероприятий в общежитии: проводить утренние зарядки, открыть тренажерный зал, столовую, проводить лекции и беседы.

Литература

1. Казакова Г.Н. - Методы антропометрии в учебной и исследовательской практике: методические рекомендации. [Книга]. - Красноярск : Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2013.

2. Юдицкая Т.А. Гирш Я.В. - Сравнительный анализ пищевого поведения у детей дошкольного возраста с различной массой тела, проживающих в городе и области [Конференция] // Сахарный диабет в XXI веке - время объединения усилий. - Москва : УП Принт (Москва), 2016. - стр. 264.

3. WHO - Mean body mass index trends (age-standardized estimate) Data by WHO region [В Интернете] // Global Health Observatory data repository. - 24 Февраль 2015 г.. - 17 Март 2016 г.. - <http://apps.who.int/gho/data/view.main.REGION12461?lang=en>.

4. WHO - Mean body mass index trends (age-standardized estimate) Data by country [В Интернете] // Global Health Observatory data repository. - 24 Февраль 2015 г.. - 17 Март 2016 г.. - <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A904?lang=en>.

5. WHO - Obesity (body mass index ≥ 30) (age-standardized estimate) Data by WHO region [В Интернете] // Global Health Observatory data repository. - 24 Февраль 2015 г.. - 17 Март 2016 г.. - <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2480A?lang=en>.

6. WHO - Obesity (body mass index ≥ 30) (age-standardized estimate) Data by country [В Интернетe] // Global Health Observatory data repository. - 24 Февраль 2015 г.. - 17 Март 2016 г.. - <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2450A?lang=en>.

7. WHO - Overweight (body mass index ≥ 25) (age-standardized estimate) Data by WHO region [В Интернетe] // Global Health Observatory data repository. - 24 Февраль 2015 г.. - 17 Март 2016 г.. - <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2461A?lang=en>.

8. WHO - Overweight (body mass index ≥ 25) (age-standardized estimate) Data by country [В Интернетe] // Global Health Observatory data repository. - 24 Февраль 2015 г.. - 17 Март 2016 г.. - <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en>.

УДК: 616.4-056.25-036.2(470.57)

Э.И. Нуртдинова

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВ
ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ Г. УФА И РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**Кафедра эпидемиологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме: Представлены данные эпидемиологических проявлений первичной заболеваемости и распространённости болезней эндокринной системы в г. Уфа и Республике Башкортостан. Выявлена негативная тенденция распространённости болезней эндокринной системы (БЭС) в период 2000 - 2014 гг., обусловленная ростом сахарного диабета (инсулиннезависимого), болезней щитовидной железы, ожирения. Определен стабильный характер изменения уровня первичной заболеваемости БЭС на изучаемых территориях.

Ключевые слова: Болезни эндокринной системы, распространённость и заболеваемость.

E.I. Nurtdinova

**EPIDEMIOLOGICAL FEATURE OF DISEASES OF THE ENDOCRINE SYSTEM,
NUTRITIONAL AND METABOLIC DISEASES AMONG THE ADULT POPULATION IN
UFA AND THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

Department of epidemiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Data of epidemiological features of primary incidence and prevalence of diseases of the endocrine system in Ufa and the Republic of Bashkortostan are presented. The negative tendency in the prevalence of the diseases of endocrine system (DES) during 2000 - 2014 caused by increase of diabetes mellitus type 2, diseases of thyroid gland, obesity. Determination of the stable characteristics change primary morbidity in the study area.

Keywords: Endocrine pathology, prevalence and incidence.

Актуальность: в последнее десятилетие одной из серьезных медико-социальных проблем для большинства стран мира, в том числе и России, является рост числа заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Их характеризует увеличивающаяся распространённость, широкий спектр клинических проявлений и высокий

риск развития осложнений. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире около 30% населения имеет риск развития йододефицитных заболеваний, причем у 600 млн человек имеется увеличение щитовидной железы (ЩЖ) в виде эндемического зоба [1]. Особое место среди БЭС занимает сахарный диабет (СД). Во всем мире количество людей страдающих СД составляет 371,3 млн человек, а к 2030 г. по прогнозам специалистов, этот показатель составит 435 млн [4,5], что увеличивает показатели инвалидности и смертности [2].

Высокое эпидемиологическое значение имеет ожирение, значимость которого определяется угрозой инвалидизации лиц молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с высоким риском развития тяжелых сопутствующих заболеваний: атеросклероза, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета второго типа, а также многих других патологических состояний [3, 6].

Цель исследования: целью исследования явилось проанализировать распространенность и первичную заболеваемость БЭС (класс IV по МКБ-X) в РБ и г. Уфа среди лиц 18 лет и старше.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ распространенности и первичной заболеваемости БЭС (класс IV по МКБ-X) взрослого населения на территории РБ и г. Уфа на основе учетной формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за период 2000-2014 гг. Для обобщения количественной оценки тенденции многолетней динамики заболеваемости использовали показатель темпа прироста (снижения). При вычете из суммы всех заболевших болезнями эндокринной системы по РБ количества случаев, зарегистрированных в г. Уфа, полученный показатель обозначался как РБ (а).

Результаты и обсуждение: средний многолетний показатель первичной заболеваемости БЭС в РБ составил $751,6 \pm 2,49\text{‰}$, средний многолетний показатель распространенности БЭС в РБ - $4180 \pm 5,59\text{‰}$. В РБ (а) средний многолетний показатель заболеваемости БЭС оказался выше ($805,1 \pm 3,02\text{‰}$), чем в г. Уфа ($609,2 \pm 4,30\text{‰}$). Средний многолетний показатель распространенности в г. Уфа выше ($4250,6 \pm 11,14\text{‰}$), чем в РБ(а) - $4156,4 \pm 6,46\text{‰}$ (рис.1).

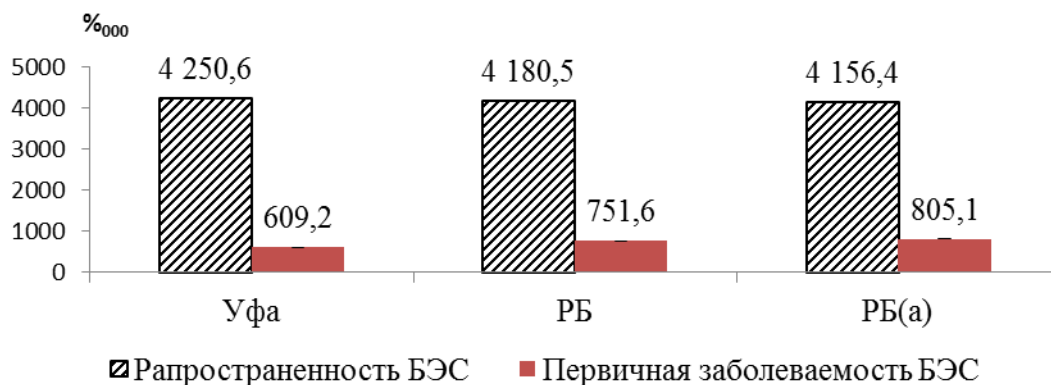


Рис. 1. Средний многолетний уровень первичной заболеваемости и распространенности БЭС (Класс IV по МКБ X) у лиц 18 лет и старше в период 2000-2014 гг.

Многолетняя динамика первичной заболеваемости БЭС среди лиц 18 лет и старше в 2000-2014 гг на территории РБ (а) характеризуется умеренной тенденцией к снижению, в отличие от г. Уфа, где наблюдается умеренная тенденция к росту заболеваемости БЭС. Многолетняя динамика распространенности БЭС на изучаемых территориях характеризуется умеренной тенденцией к росту (Т пр. 4-5%).

По характеру многолетней динамики первичной заболеваемости БЭС на изучаемых территориях выявлены различные периоды, отличающиеся по интенсивности. Наблюдается снижение уровня первичной заболеваемости БЭС к последнему периоду исследования 2010-2014 гг. на территории РБ (а), в отличие от уровня заболеваемости в г. Уфа, где показатель значимо ($p < 0,05$) возрос от $574,2 \pm 7,09$ ‰ до $657,3 \pm 7,73$ ‰ (рис.2).

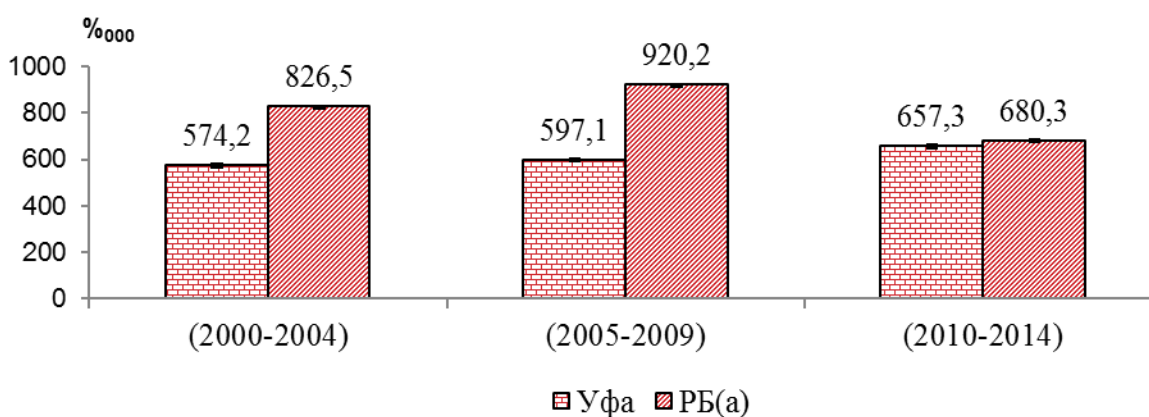


Рис. 2. Первичная заболеваемость БЭС (IV класс МКБ X) у лиц 18 лет и старше на изучаемых территориях в различные периоды наблюдения.

Во все периоды исследования на территории РБ (а) и г. Уфа наблюдалось многократное превышение показателей распространенности БЭС (рис.3) по сравнению с первичной заболеваемостью (рис.2), что свидетельствует о мощном хроническом потенциале течения указанных болезней и качестве учета диспансерных групп.

На территориях РБ (а) и г. Уфа определен значимый $p < 0,05$ рост показателей распространенности (рис.3).

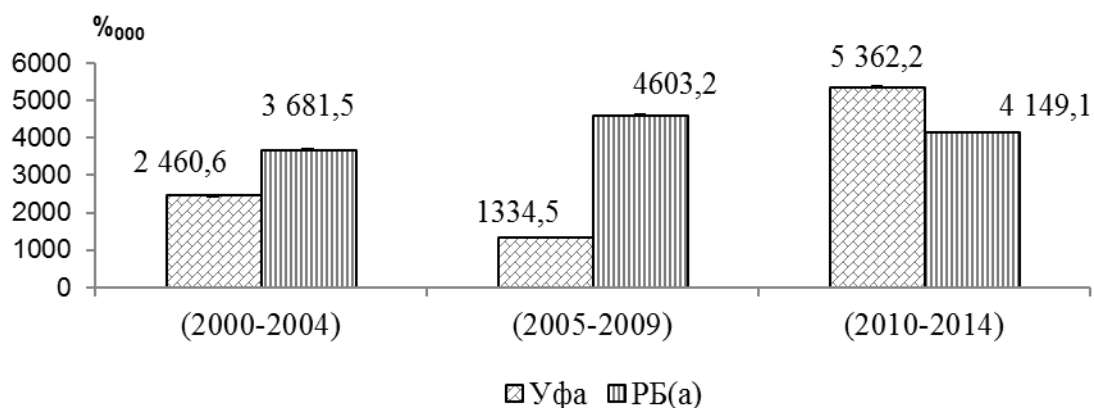


Рис. 3. Распространенность БЭС (IV класс МКБ Х) у лиц 18 лет и старше в г. Уфа, РБ (а) в различные периоды наблюдения.

Формирование первичной заболеваемости и распространенности БЭС у лиц 18 лет и старше происходит за счет весомой доли в структуре выявленных случаев СД как в РБ (а), так и в г. Уфа. На долю указанной нозологической формы приходится более половины впервые выявленных случаев БЭС на территории РБ (а) и г. Уфа 56,9% и 61,9%, соответственно, так же как и в структуре распространенности (67,4% и 78,2%), что указывает на значение данной патологии в формировании мощной в количественном отношении диспансерной группы, требующей постоянного динамического наблюдения с целью снижения риска развития неблагоприятных исходов. Увеличивается доля ожирения и болезней ЩЖ в структуре первичной заболеваемости и распространенности БЭС. В РБ (а) на долю болезней ЩЖ приходится 27,3% и 23,68%, удельный вес ожирения составляет 14% и 8,3%, соответственно. В г. Уфа на долю болезней ЩЖ в первичной заболеваемости и распространенности БЭС приходится 17% и 13,4%, на долю ожирения - 16% и 7%.

Заключение и выводы: таким образом, наблюдается стабильная тенденция к снижению первичной заболеваемости БЭС у лиц 18 лет и старше в период 2000-2014 гг. на территории РБ (а), в отличие от территории г. Уфа, где наблюдается умеренная тенденция к росту заболеваемости БЭС. Также выявлена негативная тенденция увеличения распространенности БЭС на изучаемых территориях, которая обусловлена ростом СД, болезней ЩЖ, ожирения.

Литература

1. Килейников, Д.В. Распространенность болезней щитовидной железы в Тверской области / Д.В. Килейников, А.Г. Иванов // Проблема социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012. - №3. – С. 12 – 14.

2. Семенова, К.А. Распространенность сахарного диабета среди населения терапевтического участка ММАУ «Городской поликлиники №3» / К.А. Семенова, Е.Ю. Василевская, С.И. Нагибин // Тюменский медицинский журнал, 2015. – №2. – С. 46.
3. Перова, Н.В. Суммарный риск ИБС и показания к лечению гиперхолестеринемии / Н.В. Петрова // Кардиология, 1996. – №3. – С. 47-53.
4. Guariguata, L. By the numbers: new estimates from the IDF Diabetes Atlas Update for 2012/ L. Guariguata // Diabetes Res. Clin. Pract. 2012; 98 (3): 524–525.
5. Shaw, J.E. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 / J.E. Shaw, R.A. Sicree, P.Z. Zimmet // Diabetes Res. Clin. Pract. 2010; 87: 4–14.
6. Zemel, M.B. Insulin resistance, obesity and hypertension: an overview / M.B. Zemel // J Nutr, 1995. - 125: 1715-7.

УДК 613.2.03

С.Ф.Нурлыгаянов, Г.З.Рахматуллина, А.Р.Хамидуллина, Р.Р.Бектемирова,

А.Х.Нугуманова

**СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОЛИ НУТРИЕНТОВ В ПРОДУКТЕ ОТ
СУТОЧНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ,

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Для сбалансированного рационального питания необходимо знать химический состав продуктов, что позволяет оценить их питательную ценность. Разработано устройство для определения химического состава продуктов питания и степени их соответствия суточным физиологическим потребностям.

Ключевые слова: база данных химического состава продуктов, электронные весы для передачи сведений на компьютер, программа расчета.

S.F.Nurlygayanov, G.Z.Rakhmatullina, A.R. Khamidullina, R.R.Bektemirova,

A.Kh.Nugumanova

**The method of determination the proportion of nutrients in the product of the daily
requirement.**

**The Department of General hygiene with ecology with the course of hygienic disciplines
MPF, Bashkir State Medical University, Ufa**

Abstract: For a balanced nutrition it is necessary to know the chemical composition of products which makes it possible to assess the nutritional value. Developed a device for determining the chemical composition of food and the degree of their conformity to daily physiological needs.

Keywords: database of the chemical composition of the products, scales with data transmission to the computer, calculation program.

Актуальность: Рациональное питание является одним из основных факторов, влияющих на здоровье, физическое развитие, заболеваемость населения. Ярким примером зависимости физического развития от полноценности и достаточности питания являются низкие показатели физического развития населения в слаборазвитых странах [4]. Недостаточность пищевого рациона оказывает влияние на трудоспособность, что выражается в быстрой утомляемости, понижении работоспособности [5].

У детей не сбалансированное питание приводит к задержке роста и физического развития [1].

Рациональное и разнообразное питание способствует сохранению естественной и приобретенной невосприимчивости человека к различным заболеваниям [2]. Важно не только оптимальное соотношение основных компонентов питания — белков, жиров и углеводов, но также и обязательное наличие в пище ряда минеральных веществ, в том числе и микроэлементов, витаминов и других биологически активных веществ. Все эти вещества используются организмом для роста и регенерации тканей органов и образования новых структур. Жиры и углеводы также необходимы организму, в частности, для выработки энергии, выполнения мышечной деятельности. В целом, витамины и минеральные вещества используются организмом как нутриенты, которые регулируют метаболическую активность различных тканей и органов. Для определения количества этих веществ в продуктах, которые человек ежедневно потребляет, нами разработано устройство с использованием электронных весов, способствующее выполнению анализа химического состава суточного рациона питания[3].

Цель исследования: Разработка устройства для быстрого определения содержания нутриентов в продуктах для контроля обеспеченности суточных потребностей в этих веществах. Отслеживая при помощи устройства содержание белков, жиров, углеводов, а также минеральных веществ и витаминов, реализуется возможность оценивать полноценность и сбалансированность питания.

Существуют известные базовые системы и классические методы определения основных химических веществ в продуктах, однако процессы химических анализов с использованием этих систем часто весьма трудоемкие и длительны по времени [5].

Материалы и методы для разработки устройства:

- База данных о химическом составе и калорийности продуктов, разработанная на кафедре общей гигиены с экологией с нашим участием.

- Электронные весы с возможностью передачи данных на компьютер.

- Программа для интеграции весов с базой.

Алгоритм работы устройства заключается в следующих этапах:

- 1). Продукт питания взвешивается на весах;
- 2). Данные передаются на компьютер (рис.1);
- 3). Анализируемые данные о продукте загружаются в программу устройства;
- 4). Результаты по каждому пищевому веществу и калорийности продукта оцениваются через базу данных;

5). Информация о свойствах конкретного исследуемого продукта или готового блюда отображается на экране компьютера, куда же выводятся показатели суточных потребностей различных возрастных групп населения (рис. 2).

Результаты и обсуждение:

Данная программа позволяет наглядно увидеть, сколько же человек получит белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, витаминов, калорий при употреблении данного продукта, кроме того выводятся данные какую долю от суточной нормы это может составить. Используя полученные результаты, довольно легко можно сбалансировать питание, внося необходимые коррективы в продуктовый состав фактического суточного рациона.



Рисунок 1. Пример: взвешивание продукта(яблоко) на электронных весах с передачей данных на компьютер.

Проект-1. Гигиена

Запуск весов Подключение базы Расчет Расчет в % Результат Отключить весы

яблоки 14-18 лет мальчик

Белки	0,648г	0,87%
Белки жив. пр.	0	0
Белки растит.	0,648г	2,17%
Жиры	0,648г	0,79%
Жиры жив. пр.	0	0
Жиры растит.	0,648г	1,12%
Н.Ж.К.	0,162г	0
Холестерин	0	0
МДС	14,58г	0
Кр.	1,296г	0
Углеводы	15,87г	3,771%
П.В.	2,916г	3,463%
Кальций	25,92г	0,021%
Магний	14,58г	0,036%
Фосфор	17,82г	0,014%
Железо	3,564г	1,549%
Вит.А	0	0
Кар.	48,6	0
РЭ	8,1	0
ТЭ	0,324г	0
В1	0,048г	0,032%
В2	0,032г	0,018%
РР	0,486г	0
НЭ	0,648г	0
Вит С	16,2	23,29%
Ккал	76,14г	2,625%

Рисунок 2. Пример расчета: Химический состав продукта(яблоко) в расчете на фактическую массу.

Заключение и выводы:

Изучение калорийности и химического состава продуктов питания, включаемых в суточный рацион, является основой для разработки гигиенических рекомендаций по рационализации питания. Использование традиционных методов измерения пищевой ценности продуктов требует трудоемких расчетов и значительных затрат времени. С целью облегчения исследований и получения стандартизованных данных, нами разработано устройство, позволяющее быстро получить необходимые сведения о продукте. Программа, заложенная в памяти компьютера, способна анализировать фактическую долю нутриентов в продуктах питания для различных возрастных групп населения. Приведенный в статье пример с использованием яблока подтверждает практическую ценность и перспективность использования разработанного устройства для оценки питания населения.

Литература

1. Гончарова В.И., Голощапова Г.Я. Товароведение продовольственных товаров. М., 2010. С. 36.
2. Мельникова Л. Детское питание - залог здоровья нации // Наука и инновации. - 2011. - N 1. - С. 25-26.
3. Нутрицевтика: питание для жизни, здоровья и долголетия А. Дэвис и др. М.: Саттва, 2008. С. 54-76.
4. Юдицкая Т.А., Гирш Я.В. – Сравнительный анализ пищевого поведения у детей дошкольного возраста с различной массой тела, проживающих в городе и области [Конференция] // Сахарный диабет в XXI веке – время объединения усилий. – Москва: УП Принт (Москва), 2016. – стр.264
5. WHO – Mean body mass index trends (age – standardized estimate) Data by WHO region [В Интернете] // Global Health Observatory data repository. – 24 Февраль 2015 г. – 17 март 2016 г. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.REGION12461?lang=en>.

УДК 622.87:616-055.1:616.699

Н. В. Малахов, М. О. Коган

**ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ
ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО ДАННЫМ АНКЕТНОГО ОПРОСА**

**Кафедра гигиены труда и профессиональных болезней с курсом ИПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: На основании анализа материалов анкетирования работников горно-обогатительного комбината было выявлено повышение частоты случаев нарушения эректильной функции с увеличением стажа по профессии. Полученные результаты свидетельствуют о профессиональной обусловленности данных нарушений.

Ключевые слова: Репродуктивное здоровье работников, горно-обогатительный комбинат.

**CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE HEALTH
OF MINING PRODUCTION WORKERS ACCORDING TO QUESTIONNAIRE**

N. V. Malakhov, M. O. Kogan

**Department of Labour Hygiene and Occupational Diseases course IPE, Bashkir State
Medical University, Ufa**

Abstract: The rising of cases of disturbance of erectile function with increasing seniority in the profession was obtained According to the questionnaire of mining plant workers. The obtained data prove occupational influence of these diseases formation.

Key words: Workers` reproductive health, ore-dressing and processing plant.

Актуальность: В последние годы возросли показатели мужского бесплодия – состояния, которое является следствием ряда заболеваний и патологических воздействий на репродуктивную систему мужчины [2].

Репродуктивное здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психо-сексуальных отношениях в семье (ООН, Каир, 1994).

Интерес к работникам Учалинского горно-обогатительного комбината, обусловлен тем, что работники горнорудной промышленности подвергаются воздействию комплекса неблагоприятных факторов: интенсивный шум и вибрация, высокая запыленность, неблагоприятный микроклимат, действие которых усугубляется психоэмоциональными нагрузками, отсутствие солнечного освещения, ограниченностью пространства при

выполнении рабочих операций [1,5]. Эти факторы являются причинами многих профессионально обусловленных заболеваний, в том числе приводящих к нарушению функций репродуктивной системы. В последнее время андрологи-урологи обращают внимание на повышение частоты эректильной дисфункции (ЭД) у людей, работающих во вредных условиях труда. Примером нарушения работы репродуктивного аппарата у мужчин – невозможность совершения полноценного полового акта, причиной чего является ЭД. Об ЭД говорят, когда мужчина испытывает затруднения в достижении или сохранности достаточной ригидности полового члена на протяжении всего полового акта или на любом из его этапов. Наряду с невозможностью достижения эрекции и недостаточной твердостью полового члена еще одним ранним признаком развития ЭД может являться сокращение продолжительности эрекции. В этом случае у мужчины сначала возникает эрекция, однако она не сохраняется достаточно долго для приносящего удовлетворение полового акта [3].

Цель исследования: Оценить репродуктивное здоровье рабочих горно-обогатительного комбината, подвергающихся комплексному воздействию неблагоприятных факторов производственной среды.

Материалы и методы: Исследование проводилось среди работников в возрасте 20-60 лет в ОАО «Учалинский горно-обогатительный комбинат», осуществляющих трудовую деятельность по следующим профессиям: машинист ПДМ, слесарь, электросварщик, геолог, токарь, заместитель начальника участка, горный мастер, экскаваторщик, доставщик, электромеханик, машинист буровой установки. Рабочий стаж исследуемых варьирует в промежутке: 1-37 лет. Материалом исследования явились данные анкетного опроса 120 человек, занятых добычей руд цветных металлов подземным способом на глубине более 400 метров. Оценка санитарно-гигиенических условий труда работников проводилась по данным материалов кафедры гигиены труда и профессиональных болезней с курсом ИПО, а также ФБУН «УфНИИ медицины труда и экологии человека», по материалам научных публикаций.

Результаты и обсуждение: Среди выявляемых нарушений здоровья у горнорабочих ведущее место принадлежит периферическим нейро-сосудистым и сенсорным расстройствам (53,2%), нарушениям в опорно-двигательном аппарате с поражением суставов и периартикулярных тканей верхних конечностей (26,6 %) и позвоночника (26,0 %). У 41,2 % выявлены признаки расстройств вегетативной нервной системы по гипертоническому или сегментарному типу. Во всех изучаемых профессиональных группах прослеживалась связь частоты перечисленных нарушений и патологии опорно-двигательного аппарата со стажем

работы в подземных условиях [4]. Следовательно, мы можем предположить возможность связи нарушений также и репродуктивного здоровья с рабочим стажем.

Одна из основных жалоб, встречающихся в мужской сексуальной медицине – ЭД. Обращаемость к андрологам-урологам не отражает реальной картины распространенности данного недуга. Эта проблема весьма деликатная, и далеко не каждый мужчина решится поведать о ней врачу. Дисбаланс в семейной жизни может стать причиной серьезного снижения качества жизни, появления проблем на работе и даже развития тяжелой депрессии [3].

Было проведено анкетирование среди 120 сотрудников. Лишь 72,5 % опрошенных смогли отразить достаточную для анализа информацию, что вполне можно оправдать интимностью обсуждаемой темы.

Мы сгруппировали данные опроса в зависимости от длительности стажа работников по профессиям и получили ответы на 4 группы: до 5 лет, 6-10 лет, 11-15 лет, более 15 лет (Таблица 1, стр. 3).

Отвечая на вопросы о частоте (вопрос №1), достаточности эрекции (вопрос №2), способности осуществить начало полового акта (вопрос №3) проблемы отметили только работники со стажем более 11 лет. А сложности сохранения эрекции после начала полового акта (вопрос №4), сохранения эрекции до конца полового акта (вопрос №5) были отмечены также и представителями группой работников со стажем до 5 лет и 6-10 лет.

Таблица 1

Зависимость частоты признаков эректильной дисфункции работников горно-обогатительного комбината от стажа по профессии по результатам анкетирования.

	Частота случаев, %	Стаж			
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	Более 15 лет
Вопрос №1	Почти всегда	92,86	72,22	46,15	42,62
	Часто	7,14	27,78	38,46	35,71
	Иногда	0,00	0,00	15,38	14,29
	Редко	0,00	0,00	0,00	0,00
	Почти никогда	0,00	0,00	0,00	7,38
Вопрос №2	Почти всегда	78,57	72,22	46,15	50,00
	Часто	21,43	27,78	30,77	33,33
	Иногда	0,00	0,00	0,00	7,14
	Редко	0,00	0,00	15,38	7,14

	Почти никогда	0,00	0,00	7,69	2,38
Вопрос №3	Почти всегда	100,00	77,78	53,85	52,38
	Часто	0,00	22,22	30,77	26,19
	Иногда	0,00	0,00	7,69	9,52
	Редко	0,00	0,00	7,69	4,76
	Почти никогда	0,00	0,00	0,00	7,14
Вопрос №4	Почти всегда	71,43	66,67	46,15	42,86
	Часто	21,43	22,22	38,46	38,10
	Иногда	0,00	11,11	7,69	11,90
	Редко	7,14	0,00	7,69	2,38
	Почти никогда	0,00	0,00	0,00	4,76
Вопрос №5	Почти всегда	71,43	66,67	38,46	40,48
	Часто	28,57	22,22	38,46	33,33
	Иногда	0,00	11,11	7,69	14,29
	Редко	0,00	0,00	7,69	0,00
	Почти никогда	0,00	0,00	7,69	11,90

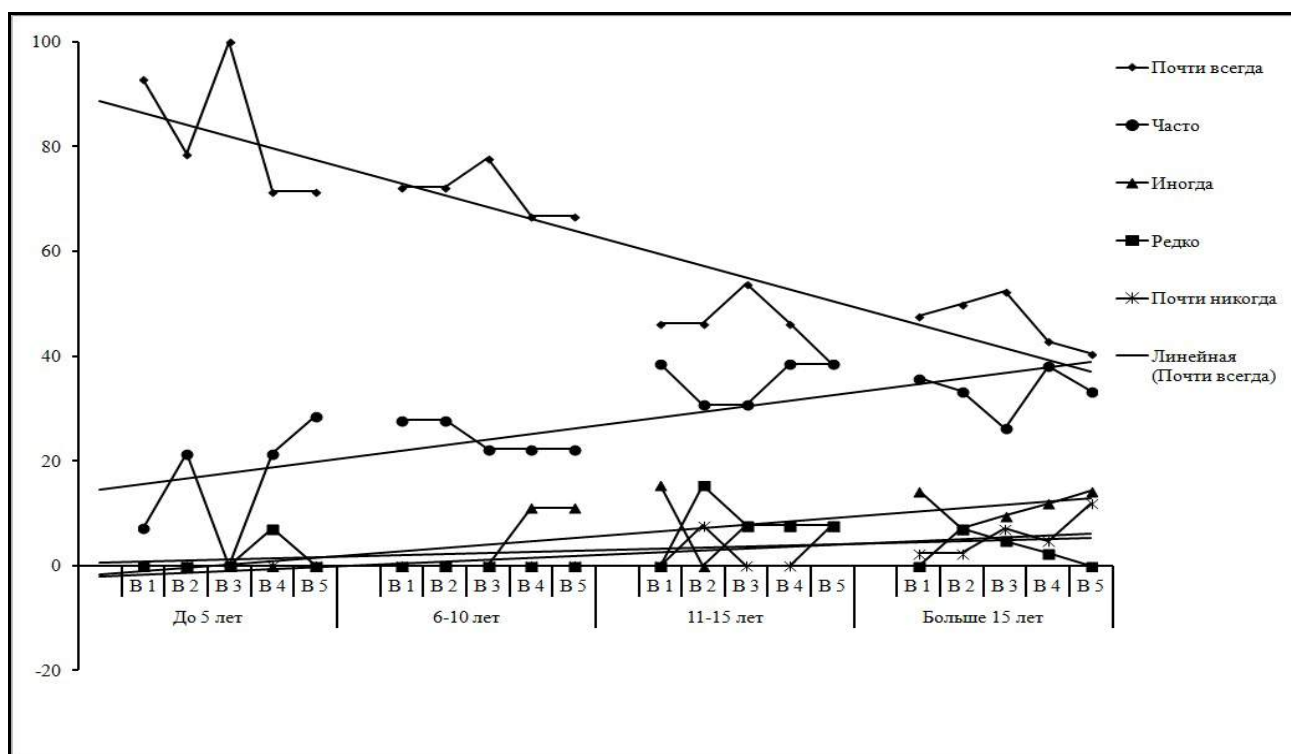


Рис. 1. Зависимость частоты признаков эректильной дисфункции работников горно-обогатительного комбината от стажа по профессии по результатам анкетирования.

Как минимум один из пяти рассмотренных выше признаков ЭД, отмечается у 64,4 % опрошенных (Рис. 1., стр. 4).

Заключение и выводы: 1. Под влиянием неблагоприятных производственных факторов рабочей среды у работников сформировалась тенденция к увеличению частоты признаков ЭД, которая пропорциональна росту профессионального стажа. 2. После 40 лет более выражена частота возникновения нарушений в работе репродуктивной системы.

3. Таким образом, мужчины, работники горно-рудных предприятий, представляют собой группу риска развития репродуктивной патологии, обусловленной влиянием вредных факторов рабочей среды.

Литература

1. Аскарлова З.Ф. Оценка профессионального риска нарушений здоровья рабочих горно-обогатительного комбината. / З.Ф. Аскарлова, Э.И. Денисов, Л.М. Карамова // Медицина труда и промышленная экология.-2008.-№12.-С.16-21.

2. Логинов П.В. Репродуктивная функция мужчин, подверженных воздействию неблагоприятных факторов. / П.В. Логинов. //Фундаментальные исследования.-2015.-№ 2. – С. 6043-6049.

3. Раснер П.И. Эректильная дисфункция - разные решения одной проблемы, или размышления на заданную тему./ П. И. Раснер , Д.Ю.Пушкарь . // Медицинский совет. - 2014.-№19.-С. 64-71.

4. Терегулова З.С. Профессиональная и производственно-обусловленная заболеваемость у работников, занятых добычей руд цветных металлов / З.С. Терегулова , Л.К. Каримова, Э.И. Таирова, Р. Яхина, Б.Ф. Терегулов, А.И. Алтынбаева. // Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук. -2009. - № 1.- С. 83-87.

5. Чеботарев А.Г. Условия труда и состояние профессиональной заболеваемости рабочих горнодобывающей промышленности. / А.Г. Чеботарев. // Горный информационно-аналитический бюллетень. – 2006. - № 54. – С. 9-17.

УДК 612.39:613.2 - 021

А.И. Лукманова

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Кафедра общей гигиены с экологией, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: С помощью расчета индекса массы тела (ИМТ) была проведена оценка пищевого статуса у 1218 студентов (из них 899 девушек и 319 юношей) в 2010 году и 331 студента (из них 248 девушек и 85 юношей) в 2015 году. Установлена высокая распространенность среди студенческой молодежи нарушений пищевого статуса. Так, среди девушек высокую распространенность получил недостаточный статус питания, а среди юношей, наоборот, избыточный статус питания.

Ключевые слова: студенты, индекс массы тела, пищевой статус.

A.I. Lukmanova

**CHARACTERIZATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF THE STUDENT
YOUTH**

The Department of General hygiene with ecology

Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: With the help of calculation of body mass index (BMI) were assessed nutritional status in 1218 students (899 girls and 319 boys) in 2010 and 331 students (248 girls and 85 boys) in 2015. The high prevalence among students of violations of food status. Thus, among girls the highest prevalence received inadequate nutritional status, while among boys, on the contrary, but the exact nutritional status.

Keywords: students, body mass index, nutritional status.

Актуальность: Приоритетным направлением государственной политики в области здорового питания населения России является улучшение пищевого статуса как населения в целом, так и отдельных его групп. Питание отличается в зависимости от уровня доходов, традиций и пищевых привычек людей, доступности пищевых продуктов и ряда других факторов, что требует дифференцированного подхода к разработке мероприятий по коррекции нарушений пищевого статуса [1,2,5]. На формирование пищевого статуса студенческой молодежи непосредственное влияние оказывают пищевое поведение, привычки, режим питания и др. К сожалению, хорошо поставленная реклама пищевых концентратов, кондитерских изделий, напитков зачастую искажают у молодого человека

понятие о здоровом, правильном питании [1,3,4]. Пищевой статус - это интегральный показатель, характеризующий поступление пищевых веществ (пищевой анамнез и фактическое питание), состав тела и обменные процессы на уровне целостного организма [3,6].

Питание является ведущим фактором формирования антропометрических показателей [6]. Однако влияние фактического питания на соматометрические признаки пищевого статуса остается недостаточно изученным [1]. Одним из важнейших показателей соответствия адекватности питания и состояния здоровья человека является его масса тела. В настоящее время в клинической практике для определения степени ожирения, избыточной или недостаточной массы тела применяется такой высокоинформативный метод, как индекс массы тела (индекс Кетле) [3].

Цель исследования: охарактеризовать пищевой статус студенческой молодежи на основании антропометрических показателей (индекс Кетле) в зависимости от пола, курсов обучения, а также провести сравнительную характеристику пищевого статуса среди студентов 2010-2015 годов обучения.

Материалы и методы: Для оценки адекватности энергетической и пластической сторон питания был использован наиболее распространенный и часто применяемый при оценке пищевого статуса расчет индекса Кетле - «индекса массы тела» (ИМТ) по формуле: $\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}$. Оценку показателя ИМТ у студенческой молодежи проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ: недостаточная масса тела определялась при значениях менее $18,5 \text{ кг/м}^2$ (недостаточный статус питания); нормальная масса тела – при значениях $18,5\text{-}24,9 \text{ кг/м}^2$ (нормальный статус питания); избыточная масса тела – $25,0\text{-}29,9 \text{ кг/м}^2$ (избыточный статус питания) и ожирение – $30\text{-}34,9 \text{ кг/м}^2$ [7].

Результаты и обсуждение. Рассчитано, что среднее значение ИМТ у девушек составило $20,86 \pm 0,10 \text{ кг/м}^2$, у юношей $21,95 \pm 0,18 \text{ кг/м}^2$. Результаты расчетов распределения индекса массы тела у студентов в возрасте от 18 до 23 лет представлены в таблице 1. Установлено, что ИМТ у юношей показатели достоверно выше, чем у девушек во всех возрастных группах, кроме 18 лет (таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительная характеристика ИМТ студентов в зависимости от возраста и пола, кг/м^2 .

Возраст	Девушки		Юноши		Достоверность
	Число случаев	$M \pm m(M)$	Число случаев	$M \pm m(M)$	
18 лет	193	$21,13 \pm 0,24$	70	$21,75 \pm 0,43$	-

19 лет	165	20,47±0,18	90	22,24±0,33	p<0,001
20 лет	180	20,78±0,19	52	22,29±0,42	p<0,001
21 год	159	21,02±0,28	58	22,18±0,49	p<0,05
22 года	91	21,04±0,30	35	22,73±0,54	p<0,01
23 года	111	20,57±0,34	35	22,74±0,41	p<0,001

Результаты сравнительного анализа распределения студентов в зависимости от статуса питания в разные годы показали, что доля студентов с обычным статусом питания в 2010 году было больше по сравнению с 2015 годом. А с избыточным статусом питания, наоборот, достоверно больше среди студентов 2015 года обучения (p<0,05). Доля студентов с недостаточным статусом питания вне зависимости от года обучения практически не изменилась. Данные о состоянии пищевого статуса студенческой молодежи в зависимости от пола, представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Сравнительная характеристика распределения студентов в зависимости от пищевого статуса в 2010 и 2015 гг., %

Показатель	Средние значения ИМТ	Обычный статус питания	Избыточный статус питания	Недостаточный статус питания
Оба пола				
2010 год	21,14±0,12	50,66±2,01	20,48±2,56	28,86±2,42
2015 год	21,42±0,18	45,29±4,08	26,44±4,73¹	28,27±4,67
Девушки				
2010 год	20,86±0,10	49,39±2,38	18,17±3,02	32,44±2,74
2015 год	20,90±0,20	48,37±4,58	19,11±5,73	32,52±5,24
Юноши				
2010 год	21,95±0,18	54,23±3,79	26,96±4,79	18,81±5,05
2015 год	22,96±0,37	36,14±5,27²	48,19±5,48²	15,66±3,99

p<0,05¹ при сравнении показателей статуса питания студентов 2010 и 2015 гг. обучения; p<0,001² при сравнении показателей статуса питания юношей 2010 и 2015 гг. обучения.

Были выявлены различия по полу. Так, если среди девушек различия были незначительными, то доля юношей с обычным статусом питания была достоверно меньше в 2015 году (36,14±5,27% по сравнению с 54,23±3,79%, p<0,001), а с повышенным статусом питания, наоборот, достоверно больше в 1,79 раз (48,19±5,48% по сравнению с 26,96±4,79%).

Заключение и выводы: Таким образом, установлена высокая распространенность среди студенческой молодежи нарушений пищевого статуса, причем среди девушек отмечена высокая распространенность недостаточного статуса питания, а среди юношей, наоборот, избыточного статуса питания.

Литература

1. Батурин, А.К. Разработка систем оценки и характеристики структуры питания и пищевого статуса населения России : автореф. дис. ...докт.мед.наук. - Москва, 1998. - 45 с.
2. Блинова, Е.Г. Оценка заболеваемости и пищевого статуса студентов Омска / Е.Г. Блинова, Н.А. Бекетова, Н.М. Шилина // Вопросы детской диетологии. - 2008. - Т. 6, № 4. - С. 64-67.
3. Доценко, В.А. Практическое руководство по надзору за организацией питания и здоровьем населения. Санкт- Петербург: ООО «Издательство Фолиант», 2006. 312 с.
4. Каштанова, С.Г. Физиолого-гигиеническая оценка фактического питания и алиментарного статуса студентов медицинского вуза: автореф. ... канд. мед.наук – М., 2013. – 25 с.
5. Лакшин, А.М. Питание как фактор формирования здоровья и работоспособности студентов / А.М. Лакшин, Н.Г. Кожевникова // Вопросы питания. – 2008. - №1. - С. 43-45.
6. Мартинчик, А.Н. Питание человека (Основы нутрициологии) / А.Н. Мартинчик, И.В.Маев, А.Б. Петухов: ред. А.Н. Мартинчик – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 576 с.
7. Codex Alimentarius Commission, Joint WHO/FAO Food Standards Programme, Codex Committee on Nutrition and Foods for Special Dietary Uses Thirty-fourth Session Bad Sodenam Taunus, Germany 3-7 December 2012. URL: [//ftp.fao.org/codex/Meetings/CCNFSDU/ccnfsdu34/nf34_08e.pdf](http://ftp.fao.org/codex/Meetings/CCNFSDU/ccnfsdu34/nf34_08e.pdf)

УДК: 613.955(470.57)(04)

А.С. Крайняя, Э.Р. Бикметова, А.А. Мадатова, Г.Р. Давлетгареева
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ ПРЕПУБЕРТАТНОГО
И ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ РЕСПУБЛИКИ
БАШКОРТОСТАН

Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: провели оценку физического развития школьников пубертатного возраста, проживающих в г. Мелеуз и с. Зирган (Мелеузовский район) по антропометрическим показателям и провели сравнительный анализ. После групповой профилактики увеличилось число высокорослых детей на селе, также продолжает наблюдаться опережение роста городских детей. В с. Зирган наблюдается уменьшение количества детей с низкой массой и увеличения с высокой массой тела, аналогичная ситуация и среди детей г. Мелеуз.

Ключевые слова: физическое развитие, антропометрические показатели, дети пубертатного возраста, дети препубертатного возраста.

A.S. Krainya, E.R. Bikmetova, A.A. Madatova, G.R. Davletgareeva
ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOLCHILDREN
PREPUBERTAL AND PUBERTAL AGES, LIVING IN THE SOUTH OF THE REPUBLIC
OF BASHKORTOSTAN

Department of biological chemistry, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: conducted an assessment of physical development in schoolchildren of puberty, living in Meleuz and Serhan (Meleuz district) on anthropometric indicators and conducted comparative analysis. After the prevention of group increased the number of tall children in rural areas also continues to be ahead of the curve of growth of urban children. In Sirhan a decrease in the number of children with low weight and increase to highest body weight, a similar situation among the children of Meleuz.

Key words: physical development, antropometrica indicators children enter adolescence, children of prepubertal age.

Актуальность: информативным и интегральным показателем влияния окружающей среды, нутриентной обеспеченности, метаболического статуса и состояния здоровья является физическое развитие детей. Несмотря на простоту и доступность, результаты антропометрических измерений могут являться объективным критерием, отражающим

обеспеченность детского населения основными пищевыми веществами и микронутриентами, включая биоэлементы, в частности йод, адекватное поступление которого в организм ребенка существенно сказывается на его физическом развитии [1].

Цель исследования: оценка физического развития с изучением антропометрических показателей школьников младшего возраста и подростков юга Башкирии (на примере г. Мелеуза и Мелеузовского района).

Материалы и методы: обследован 101 школьник 2-3 классов (9-10 лет) и 7-8 классов (13-14 лет) г. Мелеуз и с. Зирган Мелеузовского района. Измерение физического развития школьников (рост, вес, окружность грудной клетки) осуществляли в первой половине дня с использованием стандартных измерительных приборов по унифицированным методикам. Измерение длины тела проводили с помощью станкового ростомера с точностью до 0,5 см, массы тела – на электронных весах с точностью до 0,1 кг. Результаты антропометрических измерений оценивали путем распределения по центильным таблицам, в соответствии с возрастом и полом детей. Вычисляли индекс Кетле по формуле $ИМТ = \text{масса тела, кг} / (\text{длина тела, м})^2$ [2]. Индивидуальную оценку физического развития детей определяли по его положению в центильном ряду. Показатели, попавшие в 0-3 центили (1-й коридор) оценивали как очень низкие, в 3-10 центили (2-й коридор) – как низкие, в 10-25 – ниже средних (3-й коридор), в 25-75 – средние (4-й коридор), 75-90 – выше средних (5-й коридор), 90-97 – высокие (6-й коридор) и 97-100 – очень высокие (7-й коридор).

Статистическую обработку результатов осуществили с использованием пакета программ Statistica 6,0 Windows.

Результаты и обсуждение. Результаты, полученные при определении массы тела, показывают, что в область нормальных значений (25-75 процентиля) попадают 42,31% городских и 40,82% сельских школьников (таблица 1). Обращая внимание на разное распределение величин массы в крайних центильных коридорах (1-2 и 6-7) у городских и сельских детей. В области низких и очень низких значений массы тела оказались 1,92% школьников города и 14,28% села, а в области высоких и очень высоких значений попали соответственно 26,92% и 18,36%. На селе больше, чем в городе, детей со сниженной массой тела, а в городе в 1,5 раза больше школьников с повышенной массой тела, чем на селе.

Центильный анализ роста детей показывает (таблица 1), что средним (4-й коридор) ростом обладают 46,15% школьников города и 51,02% села. В последующих центильных коридорах имеются различия, дети, проживающие в г. Мелеуз, имеющие рост выше среднего, высокие и очень высокие (5-й, 6-й и 7-й коридоры) составили 48,08%, а в с. Зирган

– 28,57%. В то же время дети, имеющие рост ниже среднего, низкий и очень низкий (1-й, 2-й и 3-й коридоры), в с. Зирган в сумме составили 24,49%, а в городе – лишь 5,77%.

Таблица 1

Распределение центильных величин массы тела и роста у обследуемых школьников пубертатного возраста (абс./%)

Населенный пункт	Центильная величина, абс./%						
	0-3	3-10	10-25	25-75	75-90	90-97	97-100
	Масса тела						
г. Мелеуз, n=52	0	1/1,92	0	22/42,31	15/28,85	12/23,08	2/3,85
с. Зирган, n=49	1/2,04	6/12,24	6/12,24%	20/40,82	8/16,33	6/12,24	3/6,12
	Рост						
г. Мелеуз, n=52	1/1,92	1/1,92	1/1,92	24/46,15	14/26,92	4/7,69	7/13,46
с. Зирган, n=49	1/2,04	8/16,33	3/6,12	25/51,02	8/16,33	4/8,16	2/4,08

Результаты определения индекса массы тела по Кетле представлены в таблице 2. В пределах 10-95 центильных величин находится ИМТ у 96,16% учащихся, проживающих в городе, и 97,96% сельских детей.

Таблица 2

Распределение центильных величин индекса массы тела у обследованных школьников пубертатного возраста

Место проживания	Центильная величина, абс./%						
	0-5	5-10	10-25	25-75	75-90	90-95	95-100
г. Мелеуз, n=52	0	0	5/9,62	32/61,54	12/23,08	1/1,92	2/3,85
с. Зирган, n=49	0	5/10,20	8/16,33	23/46,94	6/12,24	6/12,24	1/2,04

С 2010 по 2013 гг. по программе «Школьное молоко» дети получали во время школьного завтрака дополнительно по 200 мл молока 3 раза в неделю (йодированное цельное молоко (продукт «Фитомол»), которое содержит в 100 мл около 30 мкг йода).

Групповая профилактика способствовала уменьшению количества низкорослых детей на селе с 36,96% до 24,49% и увеличению школьников ростом выше среднего (5-й коридор), высокие (6-й коридор) и очень высокие (7-й коридор) (рисунок 1). У городских школьников существенных изменений не обнаружено, уменьшилось число школьников среднего роста (4-й коридор) с 56,82% до 48,08% и увеличилось число школьников, относящихся к 5,6,7 центильным коридорам с 46,15% до 48,08%.

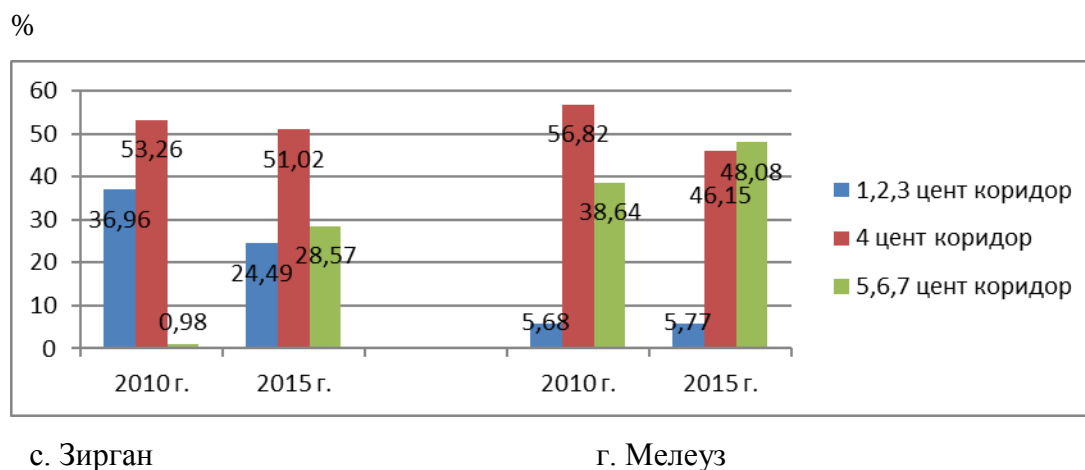


Рис. 1. Динамика изменений роста школьников

Динамика изменений по массе тела у школьников пубертатного возраста после применения йодированного молока показала увеличение почти в 2 раза школьников сельской местности с высокой массой (5, 6, 7 цент коридор) и уменьшение в 1,6 раза детей групп (1, 2, 3 коридор) (рисунок 2). У городских уменьшилось количество детей с очень низкой, низкой, ниже среднего массой тела и увеличилось – выше среднего, высокой, очень высокой массой тела.

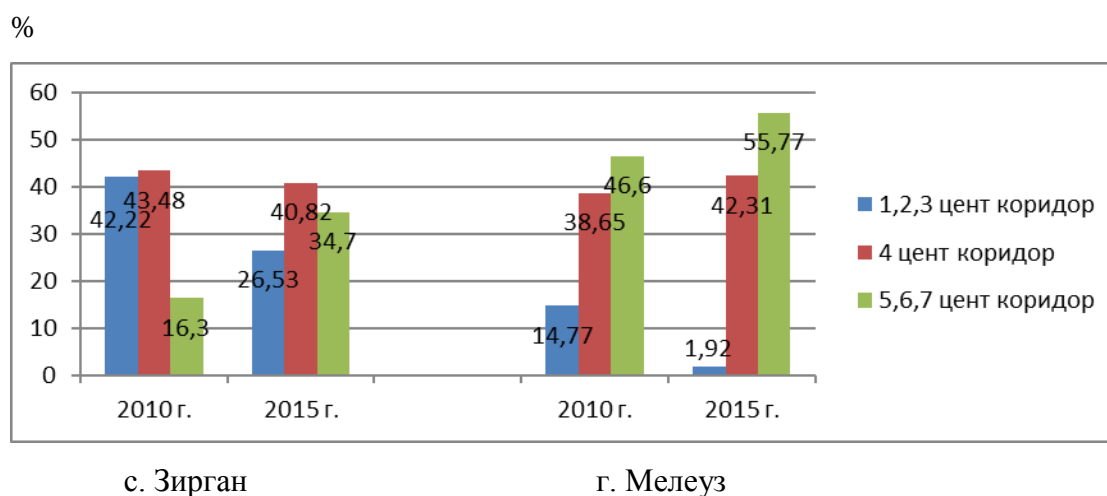


Рис. 2. Динамика изменения массы тела школьников по годам

Заключение и выводы:

1) В сельской местности среди школьников 13-14 лет обнаруживается тенденция к низкорослости и к опережению роста среди городских детей. Аналогичная ситуация выявляется и в отношении массы тела. В сельской местности больше, чем в городе детей с более низкой массой тела, а в городе больше с превышением массы тела, чем на селе.

2) После групповой профилактики увеличилось число высокорослых детей на селе, также продолжает наблюдаться опережение роста городских детей. В отношении массы тела в селе наблюдается уменьшение количества детей с низкой массой и увеличения с высокой массой тела, аналогичная ситуация и среди городских детей.

Литература

1. Баранов А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактике и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А.А. Баранов, Р.В. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.

2. Узунова А.Н., Лопатина О.В., Зайцева М.Л. Основные закономерности развития здорового ребенка. Учебное пособие. 2008. – 168 с.

УДК 612.017.3:613.62(04)

Е.С.Карпова, Э.А. Гимадова, Н.А.Дьякова

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛАТЕКСНОЙ АЛЛЕРГИИ СРЕДИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. УФЫ**

**Кафедра гигиена труда и профессиональных болезней, Башкирский
государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. Латексная аллергия одна из ведущих аллергических реакций, встречающихся в последние годы у медицинских работников. Помимо этого, аллергия на латекс формируется у населения из-за частого использования латексных изделий в быту.

Ключевые слова: латексная аллергия, прик-тест, патч-тест.

E.S.Karpova, EA Gimadova, N.A.Djakova

**PREVALENCE OF LATEX ALLERGY AMONG HEALTH CARE WORKERS OF
UFA**

**The department of labor hygiene and occupational diseases, Bashkir State Medical
University, Ufa**

Abstract. Latex allergy is one of the leading allergic reactions encountered in recent years in health care workers. In addition, allergic to latex formed from the population due to the frequent use of latex products in everyday life.

Keywords: latex allergy, skin prick test, patch test.

Актуальность:

В последние два десятилетия во всех странах мира все чаще регистрируется латексная аллергия (ЛА), которая по темпам своего роста и масштабам охвата населения приобретает характер эпидемии, что связано с расширением использования изделий из латекса в производственных и бытовых условиях. Одной из причин резкого увеличения числа случаев аллергии к латексу является внедрение в медицинские организации латексных перчаток в связи с опасностью заражения через кровь вирусными инфекциями и для защиты кожи рук от повреждения химическими веществами. Больные, имеющие в анамнезе аллергические заболевания, в большей степени подвержены риску развития аллергии к латексу. Так, по данным исследования "The Alert", проведенного под эгидой Американской ассоциации аллергии, ЛА страдает не меньше 1,0% населения земного шара, 3-17% стационарных пациентов и 73% детей со Spinabifida. Среди медицинских работников частота ЛА составляет 4,7-44,9% [2,3].

По данным исследований Американской Академия аллергии, астмы и иммунологии, частота ЛА варьирует от 1 до 12% среди населения, а у медицинских работников достигает 10%-37,8% [1]. При проведении прик-теста с латексными аллергенами Французским национальным регулирующим комитетом, у 6,9-7,8% медработников и 2,1-3,7% населения была зарегистрирована аллергическая реакция в виде дерматита, бронхиальной астмы, риноконъюнктивита [4].

В настоящее время, по данным ряда исследований, проведенных в Российской Федерации у более четверти медицинских работников зарегистрирована латексная аллергия, которая среди врачей (хирурги и др.) составляет 10%, медицинских сестер процедурного кабинета -9%, студентов медицинских вузов - 8-10%, медицинских сестер операционных блоков - 7,7%, персонала скорой помощи -5,5%, студентов медицинских колледжей в 1-2%. [1,2].

В Республике Башкортостан такие исследования не проводились и отсутствуют данные по распространенности латексной аллергии в медицинских организациях.

Цель исследования: изучение распространенности латексной аллергии среди медицинских работников стационара и поликлиник г.Уфы.

Материалы и методы:

Изучение распространенности латексной аллергии среди медицинских работников стационара и 12 поликлиник г.Уфы проводилось скрининг-анкетированием 73 медработников в возрасте от 20 до 45 лет со стажем работы от 3 лет и более. Были выделены 2 группы: первая - 34 человека, средний возраст которых составил $31,2 \pm 0,4$ год (46,5%) и стаж работы от 3-10 лет, и вторая - 39 человек (53,4%) средний возраст $43,1 \pm 0,7$ года и стаж работы свыше 10 лет. Патч-тест осуществлялся методом накожной аппликации лоскута латексной резины на предплечье площадью 1 см^2 и его оценкой через 48 часов по кожным проявлениям: стойкая эритема и инфильтрация (+); появление везикул (++); тяжёлая реакция, сопровождающаяся появлением пузырей (+++). Прик-тест с латексным аллергеном 960 (ALK-Soluprik SQ Latex) в разведении 1, 10 и 100 НЕР (НЕР — гистаминэквивалентные единицы) оценивался по подсчету кожного индекса, с использованием формулы: $S_i = D_a/D_h$, где D_a — диаметр волдыря кожной пробы с латексным аллергеном, D_h — диаметр волдыря кожной пробы с гистамином. $S_i = 0$ (отрицательный) как в контроле; $S_i < 0,5$ (+) - гиперемия без волдыря; $S_i = 0,5$ (++) - волдырь более 5 мм, окружен гиперемией; $S_i = 1$ (+++) - волдырь не более 10 мм с гиперемией и псевдоподиями; $S_i = 2$ (++++) - волдырь более 10 мм в диаметре с гиперемией и псевдоподиями.

Результаты исследования:

По данным анкетирования было установлено, что 38 медицинских работников отметили различные пищевые аллергические реакции на латекс-содержащие продукты - бананы, авокадо, картофель и др., что составило 52,1% из числа опрошенных (рис.1).

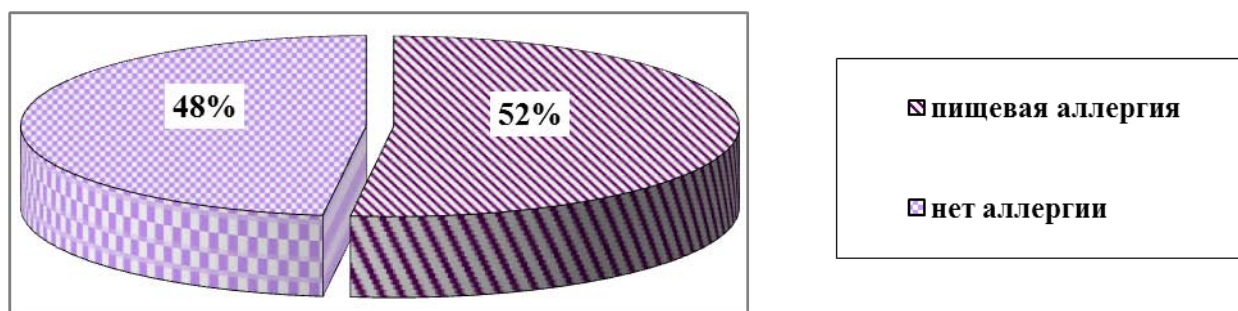


Рис.1. Частота пищевой аллергии по данным анкетирования у медицинских работников

Проведенное исследование с помощью патч-теста установлено, что в 1-ой возрастной группе был положительный тест у 7 (20,6%) медицинских работников, в виде инфильтративной эритемы, у 2 (5,9%) в виде везикулярной сыпи. Результаты прик-теста были аналогичными: в 20,6% случаев отмечалась гиперемия без волдыря $S_i < 0,5 (+)$, в 5,9% случаев - волдырь диаметром более 5 мм, окруженный гиперемией $S_i = 0,5(++)$.

Во 2-ой группе при проведении патч-теста инфильтративная эритема наблюдалась у 12 (30,8%) человек, везикулярная сыпь - в 4 (10,3%) случаях. Результаты прик-теста (рис.2) были аналогичными: соответственно гиперемия без волдыря наблюдалась у 12 обследованных, а у 4 гиперемизированный волдырь диаметром более 5 мм $S_i = 0,5(++)$.

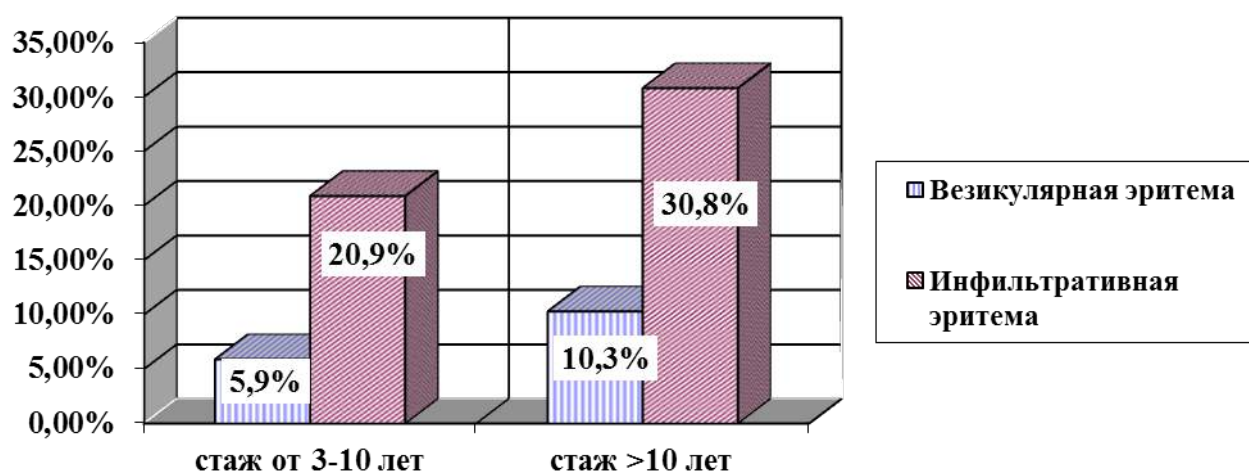


Рис.2. Частота аллергических реакций к латексу у медицинских работников Республики Башкортостан в зависимости от стажа работы.

Таким образом, из 73 обследованных медицинских работников, гиперчувствительность к латексу была установлена у 25 человек, что составило 34,2%.

С увеличением стажа работы в медицинских организациях возрастает риск развития латексной аллергии. Так во 2-ой группе обследованных, стаж работы которых превышает 10 лет, сенсibilизация к латексу встречается в 2 раза чаще, чем в 1-ой: у 21,9% медицинского работника 2-ой группы, в то время как в 1-ой группе у 12,3% была выявлена аллергическая реакция к латексу. (Рис.3)

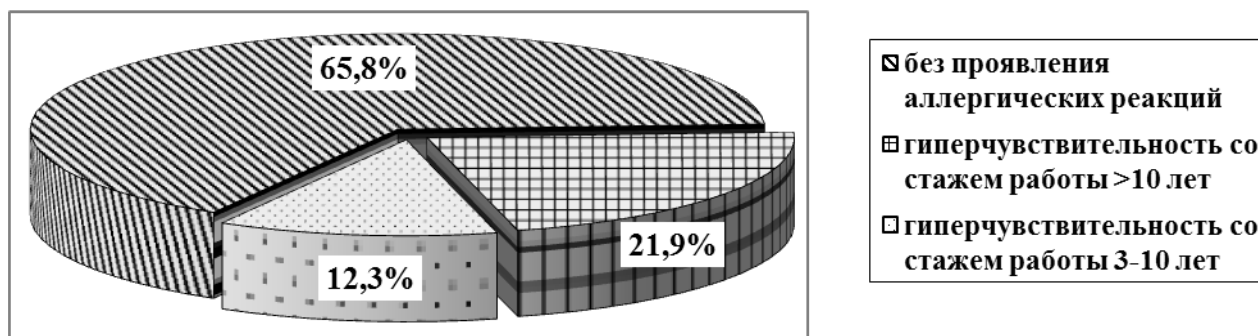


Рис.3. Процент выявления аллергических реакций в зависимости от стажа работы медицинского персонала.

Заключение и выводы:

Каждый второй медицинский работник отмечает у себя пищевую аллергию. У медицинских работников Башкортостана частота латексной аллергии составляет 34,2% и зависит от стажа работы, что требует проведения профилактических мероприятий.

Литература

- 1) Гарипова Р.В., Берхеева З.М., Решетникова И.Д. Диагностика латексной аллергии у медицинских работников по клинико – иммунологическим признакам- Вестник современной клинической медицины – 2015- №5.
- 2) Зайков С.В. Латексная аллергия: распространенность, клиника, диагностика, лечение, профилактика. – Клиническая иммунология. Аллергология. – 2008- №1.
- 3) Осипова Г. Л., Васильева О. С., Казакова Г. А. Латексная аллергия и ее профилактика - журнал "Лечащий Врач" – Москва.
- 4) Bousquet, J. Natural rubber latex allergy among health care workers: a systematic review of the evidence / J. Bousquet, A. Flahault, O. Vandenplas // J. Allergy Clin. Immunol. - 2006. - Vol. 118. - P. 447-454.

УДК 613.62(04)

Н.Н. Карпова

**ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**Кафедра Общей гигиены с экологией с курсом гигиенических
дисциплин, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. В достижении этой важнейшей социальной задачи значительная роль отводится медицинским работникам (МР). Вместе с тем, они, являясь частью населения России, также имеют полное право на благоприятные условия работы, с целью сохранения как физического, так и духовного здоровья, а также на получение качественной и доступной медицинской помощи. [1].

Ключевые слова: здоровье, медицинские работники, медицинские осмотры, диспансеризация.

N.N. Karpova

**ASSESSMENT OF HEALTH AND QUALITY OF MEDICAL CARE MEDICAL
STAFF OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

**Department of General Hygiene and Ecology with the Course of Hygienic Disciplines,
Bashkir State Medical University, Ufa**

Abstract: The main objective of the development of the health care industry - improving the quality and accessibility of medical care to the population. In order to achieve this important social problem significant role for medical professionals (MP). At the same time, they are, as part of the Russian population, also have a right to favorable conditions of work, in order to maintain both physical and mental health, as well as to quality and affordable health care. [1].

Key words: health, medical professionals, medical examinations, clinical examination.

Цель исследования: Оценить качество здоровья МР и значимость периодических медицинских осмотров (ПМО) для его сохранения и укрепления на примере одной из городских больниц Республики Башкортостан по данным самооценки.

Материалы и методы: Для исследования использована анкета, разработанная экспертами ВОЗ для европейской модели управления здоровьем на рабочем месте [2]. Вопросы анкеты касаются самооценки состояния здоровья, степени утомления, частоты применения лекарственных препаратов, удовлетворенностью жизнью, работой и др.

Использована четырехбалльная шкала интегральной оценки. Статистическая обработка выполнена с применением стандартных прикладных программ. Опросом было охвачено 109 сотрудников, из них 98 женщин и 11 мужчин.

Результаты и обсуждение: Распределение опрошенных по возрасту приближалось к нормальному с некоторой асимметрией в сторону старших возрастов и модой в возрастной группе 50 – 54 года. Средний возраст опрошенных составил $46,2 \pm 4,8$ лет (рисунок 1).

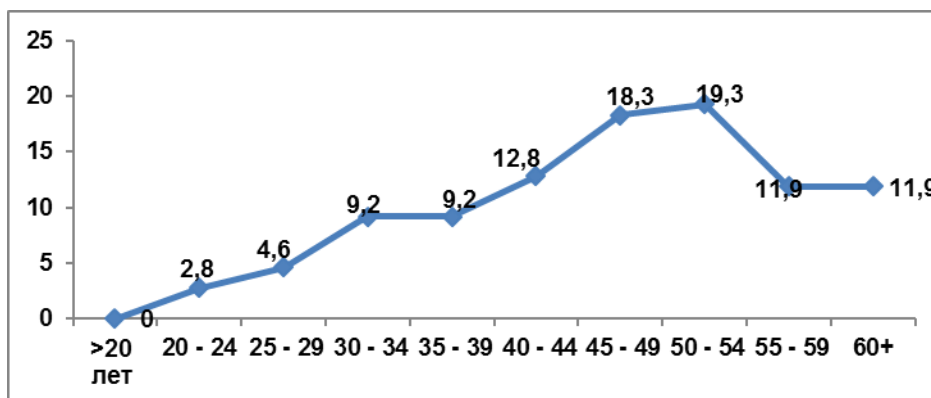


Рисунок 1 - Распределение по возрасту

Сходным образом респонденты распределились и по стажу работы – с наибольшим удельным весом (30,3%) в группах 20 и более лет, 10 – 14 лет (22%). Хотя следует отметить, что удельный вес работников в стажевой группе от одного года до 4 лет также достаточно высок и составляет 15,6%. Средний стаж в группе составил $12,0 \pm 3,1$ лет (Рисунок 2).

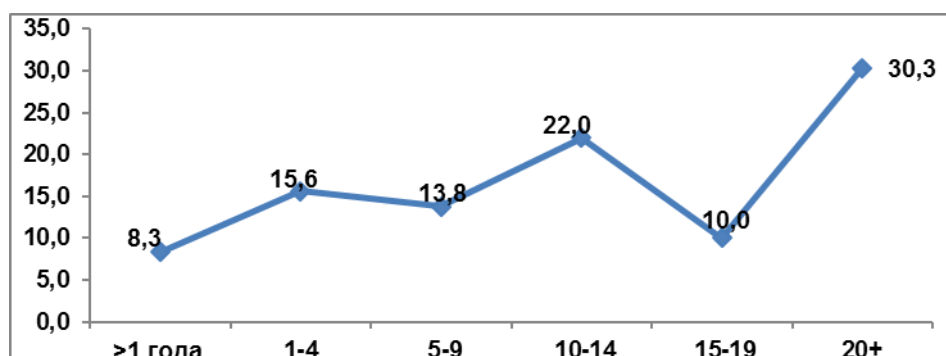


Рисунок 2 - Распределение по стажу

Уровень социального оптимизма в анализируемой группе респондентов достаточно высок. На вопрос: «Удовлетворены ли Вы тем, как складывается Ваша жизнь?», - более половины (58,7%) ответили «да» и «скорее да, чем нет». Интегральный индекс удовлетворенности жизнью составил 0,52.

На вопрос: «Как Вы думаете, легко ли Вы нашли бы работу, если бы Вам пришлось уйти с этой работы?» - каждый пятый твердо ответил: «нет, мне очень трудно будет найти работу», а почти каждый третий - «скорее нет, чем да». Очевидно, что постоянное рабочее место – один из важнейших показателей стабильности существования наемного работника, а,

соответственно, его потеря – один из наиболее значимых негативных факторов, влияющих на уровень социального оптимизма. Интегральный показатель уверенности в том, что респондент легко найдет работу, минус 0,06, что, безусловно, означает, что уровень социального оптимизма в данной группе невысок, особенно на фоне кадровых реструктуризаций.

Респондентам было предложено оценить собственное здоровье по стандартной шкале от «очень хорошего» через «хорошее» и «удовлетворительное» к «плохому». Традиционно в подобных опросах лидируют лица, оценивающие свое здоровье как «удовлетворительное». Анализируемая группа не стала исключением: 57,8% опрошенных именно так оценили свое здоровье. Лишь 7,3% всех респондентов сочли возможным обозначить свое здоровье как «отличное», 33,9% - как «хорошее», и «очень плохим» его обозначил лишь один человек (0,9%). Интегральный показатель самооценки здоровья представляет собой отрицательную величину и составляет минус 0,06.

На вопрос: «Как часто Вы устаете физически или умственно в конце рабочего дня настолько, что не можете к началу следующего дня отдохнуть по-настоящему от работы?», - треть опрошенных (32,1%) МР выбрала ответ «очень часто, почти каждый день»; чуть более трети (36,7%) – «часто, 2 – 3 раза в неделю», каждый четвертый работник (24,8%) – очень сильно устает после работы, и только каждый пятнадцатый респондент ответил, что так сильно он не устает никогда. Интегральный показатель составил минус 0,32.

Согласно полученным ответам, многие опрошенные МР почти не испытывают проблем со сном, головными или иными болями и повышенным уровнем тревожности. Так, 78,0% респондентов никогда не пользуются снотворными препаратами, 38,5% никогда не употребляют успокоительных препаратов и столько же употребляют их не чаще одного раза в неделю, а более половины не используют (58,7%) – болеутоляющих препаратов. Интегральные индексы по указанным позициям являются довольно высокими и составляют, соответственно, 0,81, 0,43 и 0,63 (средняя величина из трех индексов 0,64).

Сотрудники городской больницы ежегодно проходят периодические медицинские осмотры (ПМО) [3]. Более половины опрошенных (56,0%) правильно определили цель проведения ПМО - обеспечение динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих, своевременного выявления у них различных заболеваний, начальных форм ПЗ, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов. 16,5% респондентов полагает, что ПМО проводятся только для формального выполнения требования Трудового кодекса, почти столько же (15,6%) считает, что ПМО проводятся для выявления заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения

работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов. Еще 11,9% выбрали вариант ответа «Для своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановления трудоспособности».

Среди всех опрошенных 89,9% проходят осмотры регулярно (интегральный показатель достаточно высок и составляет 0,89).

В целом оценили качество ПМО как «очень хорошее» 36,7% опрошенных. По их мнению, осмотр проводят грамотные специалисты, по результатам осмотра получают конкретные рекомендации по сохранению и улучшению здоровья. Почти столько же (40,4%) респондентов считает, что качество осмотров хорошее, они проводится быстро, своевременно делаются все анализы и исследования. 17,4% работников оценила качество осмотров как «удовлетворительное». Они имеют возможность проходить осмотр регулярно, но при этом не получают полной информации о своем здоровье и необходимых рекомендаций по его улучшению. И только 5,5% работников оценила качество проводимых для них ПМО как неудовлетворительное. Интегральный индекс оценки качества ПМО составил минус 0,43.

Одновременно с вопросами о значимости и качестве ПМО опрошенным МР задавались вопросы о диспансеризации работающего населения и целесообразности совмещения ПМО с осмотрами в рамках диспансеризации. Свыше половины МР (63,3%) ответили «хорошо знают о диспансеризации, и прошли её в медицинской организации, которую для себя выбрали». Свыше четверти опрошенных (26,6%) выбрали вариант ответа «Я знаю, что поликлиникой, к которой я прикреплен, проводится бесплатная диспансеризация работающего населения, но я не имею возможности пройти ее в рабочее время»; 8,3% респондентов слышали о бесплатной диспансеризации работающего населения, но никто им не предлагал ее пройти. И всего лишь два человека из 109 опрошенных ничего не знали о бесплатной диспансеризации работающего населения. Интегральный индекс о диспансеризации работающего населения составил 0,71.

Заключение и выводы:

1. Проведенный опрос показал, что более половины МР (57,8%) считает своё здоровье «удовлетворительным», свыше трети (33,9%) «хорошим», 7,3% - «отличным» и 0,9% - «плохим». Интегральный показатель самооценки здоровья составил минус 0,06, что в целом может быть оценено как относительно низкий уровень группового здоровья.

2. Большая часть МР (89,9%) регулярно проходят ПМО (интегральный показатель достаточно высок и составляет плюс 0,89). Вместе с тем, более трети МР (35,7%) отмечает,

что получаемые рекомендации в ходе ПМО носят общий характер, либо работники вовсе не получают каких-либо рекомендаций с целью сохранения и укрепления их здоровья.

3. ПМО, по-видимому, не оказывают существенного влияния на процесс сохранения и укрепления здоровья МР, что может быть обусловлено их недостаточным качеством.

Литература

1. Галимов А.Р., Кайбышев В.Т. Здоровье как нравственная ценность и его самооценка врачами // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 7. – С. 37 – 42.

2. Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н. 119 с.

3. <http://www.rosminzdrav.ru>.

УДК 616-057

А.Т. Ишметова

**ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРА
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В
РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Кафедра гигиены труда и профессиональных болезней, Башкирский
государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: в работе представлена структура профессиональных заболеваний работников здравоохранения в РБ и факторы, обуславливающие данную патологию.

Ключевые слова: работники здравоохранения, профессиональные заболевания, структура.

A.T. Ishmetova

**PARTICULAR FEATURES OF THE PREVALENCE AND STRUCTURE OF
PROFESSIONAL DISEASES OF MEDICAL WORKERS IN THE REPUBLIC OF
BASHKORTOSTAN**

**Department of industrial hygiene and occupational diseases, Bashkir state medical
university, Ufa**

Abstract: This paper presents the structure of occupational diseases of health care workers in the Republic of Bashkortostan and the factors leading to this pathology.

Keywords: health workers, professional diseases, structure.

Актуальность: Профессиональная патология – клиническая дисциплина, изучающая вопросы этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, лечения и профилактики профессиональных болезней. К профессиональным болезням относятся заболевания, обусловленные воздействием неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса. [1] Медицинский персонал любого лечебного учреждения ежедневно контактирует с различными факторами инфекционной и неинфекционной природы, являющиеся риском нарушения здоровья и снижения работоспособности. Профессиональные заболевания играют большую роль в сохранении любого работника. В связи с этим профессиональное здоровье работников здравоохранения актуально и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: изучить распространенность и структуру профессиональных заболеваний медицинских работников в Республике Башкортостан.

Материалы: статистические отчетные данные республиканского профцентра; обзор научных публикаций; научно-исследовательские материалы кафедры гигиены труда и профессиональных заболеваний.

Методы: аналитический, статистический.

Результаты и обсуждение.

Изучение состояния здоровья медицинских работников в нашей стране началось на 4-м Губернском съезде Московского отдела союза «Всемедиксантруд» с Постановления, принятого в 1922 г. В нем отмечалась «необходимость начать работу по изучению вредных условий труда медицинского санитарного отдела, усилив одновременно мероприятия по охране его от этих вредностей». Было установлено, что показатели заболеваемости медицинских работников зависят от характера и выраженности профессиональных вредностей. Так С.М. Богословский обратил внимание на то, что часто медицинские работники, особенно врачи, занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего статистические данные об их заболеваемости оказываются ниже истинных. С тех пор ситуация в лучшую сторону не изменилась. [3]

По РФ и РБ ведущее место в структуре профессиональных патологий занимают агропромышленная отрасль, машиностроение, металлообработка, горно-металлургическая, угольная отрасль и строительство. Следует отметить, что пятое место среди профессиональных заболеваний занимают работники здравоохранения.

Так в 2014 год в Республике Башкортостан по данным ФБУН Уфимский НИИ медицины труд и экологии человека работники здравоохранения входят в пятерку ведущих профессиональных заболеваний по числу впервые выявленных профессиональных патологий, опережая даже работников нефтяной и газовой, нефтехимической промышленности (табл. 1).

Таблица 1

Профессиональные заболевания, выявленные впервые в 2014 году,

по видам экономической деятельности

(по данным ФБУН Уфимский НИИ медицины труд и экологии человека)

№ п/п	Отрасль	Количество	
		Больных	%
1	Агропромышленная	39	30
2	Машиностроение, металлообработка	37	28,5
3	Горно-металлургическая, угольная	22	16,9
4	Строительство и производство стройматериалов	13	10

5	Здравоохранение	10	7,7
6	Прочие	4	3,1
7	Нефтяная и газовая	3	2,3
8	Нефтехимическая	2	1,5
	ИТОГО	130	100

В общей структуре заболеваемости преобладают болезни, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем 66%, на втором месте – заболевания, вызванные воздействием физических факторов 20,5%. В случаях аллергических заболеваний (3,8%) и заболеваний, вызванных воздействием биологических факторов (2,6%) преобладает профессиональная заболеваемость медицинских работников (табл. 2). [2,4]

Таблица 2

Структура нозологических форм профессиональных заболеваний и
отравлений в Республике Башкортостан
(по данным Управления Роспотребнадзора по РБ)

	2013 год	2014 год
Заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем, %	47	66
Заболевания, вызванные воздействием физических факторов, %	26,8	20,5
Аллергические заболевания, %	11,5	3,8
Заболевания (интоксикации), вызванные воздействием химических факторов, %	9,3	3,2
Заболевания (интоксикации), вызванные воздействием промышленных аэрозолей, %	4,4	3,2
Заболевания, вызванные действием биологических факторов, %	0,5	2,6
Профессиональные новообразования, %	0,5	0,7

Структура заболеваемости в системе здравоохранения несколько отличается от общей: лидируют профессиональные заболевания, вызванные воздействием биологических факторов, на втором месте – профессиональные аллергозы, далее – заболевания, вызванные воздействием токсико-химических факторов (рис. 1.).

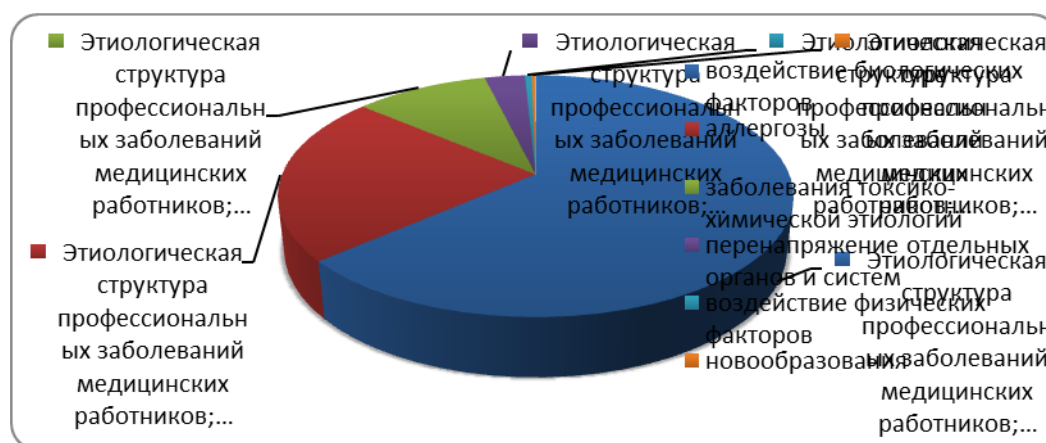


Рис. 1. Этиологическая структура профессиональных заболеваний медицинских работников

К группе профессиональных болезней медицинских работников, вызванных воздействием биологических факторов (63,6%), относятся инфекционные и паразитарные заболевания, однородные с той инфекцией, с которой работники контактируют во время профессиональной работы. Медицинский персонал, работающий с иглами и другими острыми инструментами, подвержен повышенному риску случайных укалываний, передаваемыми через кровь патогенными возбудителями, в том числе вирусами гепатита В (HBV), гепатита С (HCV) и ВИЧ. [3,4]

Профессиональные аллергозы (22,6%) от воздействия латекса, лекарственных препаратов, химических реагентов, дезинфицирующих и моющих средств проявляются в виде профессиональной бронхиальной астмы, аллергических заболеваниях кожи (аллергический дерматит, экзема, токсикодермия, профессиональная крапивница), анафилактического шока.

Профессиональные заболевания токсико-химической этиологии (10,0%) развиваются у медицинских работников вследствие воздействия средств для наркоза и антибактериальных препаратов - токсические и токсико-аллергические гепатиты. Поражение верхних дыхательных путей химическими веществами раздражающего действия было характерно для младшего медицинского персонала, работников лабораторий и проявлялось в виде ринитов и фарингитов. Контактные неаллергические дерматиты являются самыми распространенными профессиональными заболеваниями кожи и возникают от воздействия на нее первичных факультативных раздражителей. [3,4]

Профессиональные заболевания от перенапряжения отдельных органов и систем организма (3,0%). Пребывание в нерациональной позе (оториноларингологов, хирургов, стоматологов и других специалистов) может вести к развитию функциональному

перенапряжению опорно-двигательного аппарата. В практике чаще встречаются дискинезия (координаторные неврозы), заболевания, связанные со зрительно-напряженными работами.

Воздействие производственного физического фактора (0,5%) на специалистов радиохирургии, рентгенологии может вызвать злокачественные новообразования (0,3%), фотодерматит, катаракту, лучевые поражения различных органов и тканей. [4]

Заключение и выводы:

1. Профессиональные заболевания медицинских работников занимают лидирующее положение в структуре профессиональных патологий Республики Башкортостан.

2. Наиболее часто регистрируются профессиональные заболевания, вызванные воздействием профессиональных биологических факторов, и аллергические заболевания, что требует ранней диагностики и разработки превентивных мероприятий с целью сохранения здоровья работников здравоохранения.

Литература

1. Артамонова, В.Г. Профессиональные болезни: учебник / В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин– 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 480 с.: ил.

2. Информация о состоянии условий труда и профессиональной заболеваемости в Республике Башкортостан в 2014 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mintrudrb.ru/relations/inter_ministerial_commission_for_the_protection_of_labour/10003/?phrase_id=60697

3. Косарев, В.В. Профессиональные болезни: учеб. пособие / В.В. Косарев, С.А. Бабанов — М.: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2011.— 252 с.

4. Об утверждении перечня профессиональных заболеваний [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.04.2012 N 417н. – Режим доступа: Система Гарант

УДК 574.632

И.И.Зямилов

**ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОДЫ В УСТЬЕ РЕКИ
КАМЫШЛИНКА Г. ЛЕНИНОГОРСКА РТ**

**Общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин, Башкирский
государственный медицинский Университет, г.Уфа**

Резюме: В данном исследовании изучается уровень загрязнения устье реки в среднем и нижнем течении, рассматривается влияние сточной воды на выживаемость малька рыб и выдвигаются практические рекомендации по очистке речки.

Ключевые слова: речка Камышлинка, биоиндикация, показатели СПДС.

I.I.Zyamilov

**THE STUDY OF THE DEGREE OF WATER POLLUTION IN THE ESTUARY OF
THE KAMYSHLINKA LENINOGORSK RT**

**The general hygiene of environment with the course of hygienic disciplines, Baskir State
Medical University, Ufa**

Abstract: This study examines the level of pollution of the river mouth in the middle and lower reaches, examines the impact of wastewater on the survival of fish fry and put forward practical recommendations for cleaning the river.

Keywords: River Kamyshlinka, bioindication, indicators ASAP.

Актуальность: Выдающийся немецкий физиолог Э.Д. Раймон писал: «Жизнь – это одушевленная вода».

Усиливающееся воздействие человека на природные водоемы в значительной степени нарушает естественные гидробиоценозы. Антропогенная нагрузка стремительно возрастает и она близка к критической. Функционирование природных биологических систем с каждым днем все больше и больше зависит от деятельности человека.

Цель исследования: Выявить уровень загрязнения устье реки Камышлинка с помощью биоиндикации.

Материалы и методы: Участки в среднем и нижнем течении (устье) реки Камышлинка.

Гипотеза: От истока до среднего течения (водоем в Лесопарковой зоне) река Камышлинка протекает вдоль садоводческих участков, частного сектора, лесопарковой зоне, предположил, что в устье реки, (место впадения в реку Степной Зай), качество воды может измениться в худшую сторону, так как имеются производственные и бытовые сбросы от

частного сектора: Сельхозтехника и поселка Подлесный, склада минеральных удобрений, двух Свинокомплексов и городской свалки.

Задачи:

1. Изучить необходимую литературу.
2. Провести химический анализ воды: определить прозрачность, щелочность.
3. Сравнить показатели с лабораторными показателями Санитарной

Эпидемиологической службы города и ООО «Водоканал»

3. Подготовить биологический материал (8 мальков рыб вида гуппи)
4. В условиях лаборатории создать аквариумы, поместить в них мальков и наблюдать за их физическим состоянием.
5. По результатам наблюдений сделать анализ по каждому опыту.
6. Сформулировать вывод по результатам экспериментов.
7. Разработать рекомендации, показать влияние сточной воды на выживаемость малька рыб.

Использовалась методика Н.С. Строганова.

Сточная вода для исследования бралась с разбавлением. В качестве контроля – чистая питьевая вода. Бытовая сточная вода была взята из притока в устье реки Камышлинка.

Биоиндикация проводилась с помощью мальков вида гуппи.

Ход исследования.

16. С помощью стеклянного цилиндра Снеллены, градуированный по высоте в сантиметрах, высотой 30 см и с внутренним диаметром 2,5 см. Используя стандартный шрифт с высотой букв 3,5 мм. Определил прозрачность воды проб с среднего течения и устья реки. Измерение проводил 3 раза и за окончательный результат принимал среднее значение.

С помощью Штатива, 10 мл микробюретки, склянки с меткой 100 мл, конической колбы, пипетки -капельницы. И Реактивов 0,1н. раствора серной кислоты (H_2SO_4); 0,1%-ный водный раствор метилоранжа. Определил Щелочность.

На следующем этапе изучал способность мальков вида гуппи на жизнеспособность. Для исследования взята проба из устья речки Камышлинка и проба воды в среднем течении реки.

2. Опыты

1. В пробе № 1 в соотношении 1:1 природной и сточной воды наблюдалось, через 3 часа все мальки начали переворачиваться, нарушилась координация движения, все мальки погибли (выживаемость - 0%, смертность – 100%);

2. В пробе № 2 – в соотношении 1:0,5 природной и сточной воды

наблюдалось, мальки мало активны, плохо питаются, нарушается координация движения, через 8 часов - 1 малек погиб (выживаемость – 40%, смертность 60%);

3. В пробе № 3 - в соотношении 1:0,25 природной и сточной воды

Наблюдения: замечена снижение активности через 24 часа, нарушение координации через 40 часов, через 48 часов гибель 1 малька, другой погиб через 54 часа. (выживаемость – 80%, смертность 20%);

4. В аквариуме № 4 — чистая отстоявшаяся от хлорирования (контрольная) питьевая вода.

Наблюдения: координация мальков обычная, питание хорошее, движение жаберных крышек равномерное, активность не изменяется в течение 14 суток.

Результаты исследования:

1. Результат определения прозрачности воды

при норме 1,5 см показателя СПДС Прозрачность с пробы среднего течения по шрифту в

сантиметрах составила-4,5;Проба с устья реки составила – 7;

2. Результат определения щелочности воды

Проба со среднего течения(водоем) составила 4,2 мг-экв/л

Проба с устья реки составила 6,7 мг-экв/л.

при соотношении природной воды и бытовой сточной воды 1:1 (которую мы видим на диаграмме) вода обладает сильной токсичностью, т.к. величина выживаемости малька составило 0% за одни сутки.

Если соотношение природной воды и бытовой сточной воды 1:0,5, то наблюдается понижение токсичности, т.к. величина выживаемости малька составило 40% за одни сутки.

Аналогично, при соотношении природной воды и бытовой сточной воды 1:0,25 вода обладает слабой токсичностью, т.к. величина выживаемости малька составило 80% за двое суток.

Таким образом, токсичность природной воды снижается в сравнении с контрольной пробой (чистая вода) и фактически становится жизнеспособной для мальков.

Заключение и выводы: неочищенные сточные воды, нарушили естественный режим, искусственно созданный в аквариуме, поглотили растворенный в воде кислород, ухудшили качество воды, в следствие чего, произошла гибель малька.

Практические рекомендации:

1. Познакомить студентов с данной экологической проблемой

2. Необходимо регулярно следить за степенью загрязнения бытовыми отходами, сточными водами, попадающими в речку Камышлинка.

3. Предприятиям осуществлять очистку бытовых и промышленных сточных вод с использованием биологических способов (использование микроорганизмов).

4. Проводить постоянную оценку выпусков различных сточных вод на основе биотестирования на модельных экосистемах.

5. Вести активную пропаганду по охране родников.

6. Экологическими студенческими бригадами продолжать работу по очистке русла реки Камышлинка

7. Свести к минимуму загрязнение бытовыми отходами воды в реке.

Свое выступление закончу цитатой китайского философа Вантала : «Ударив по воде сильно, можно только ушибиться самому».

Приложение №1

Диаграмма выживаемости мальков

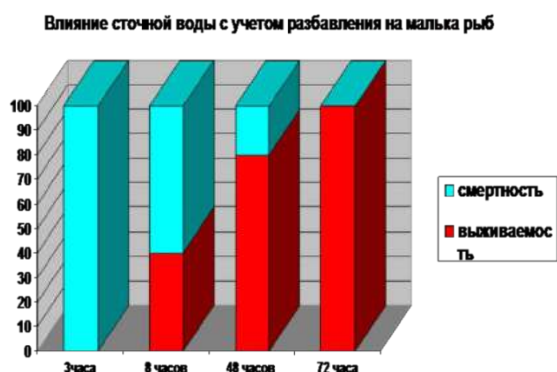
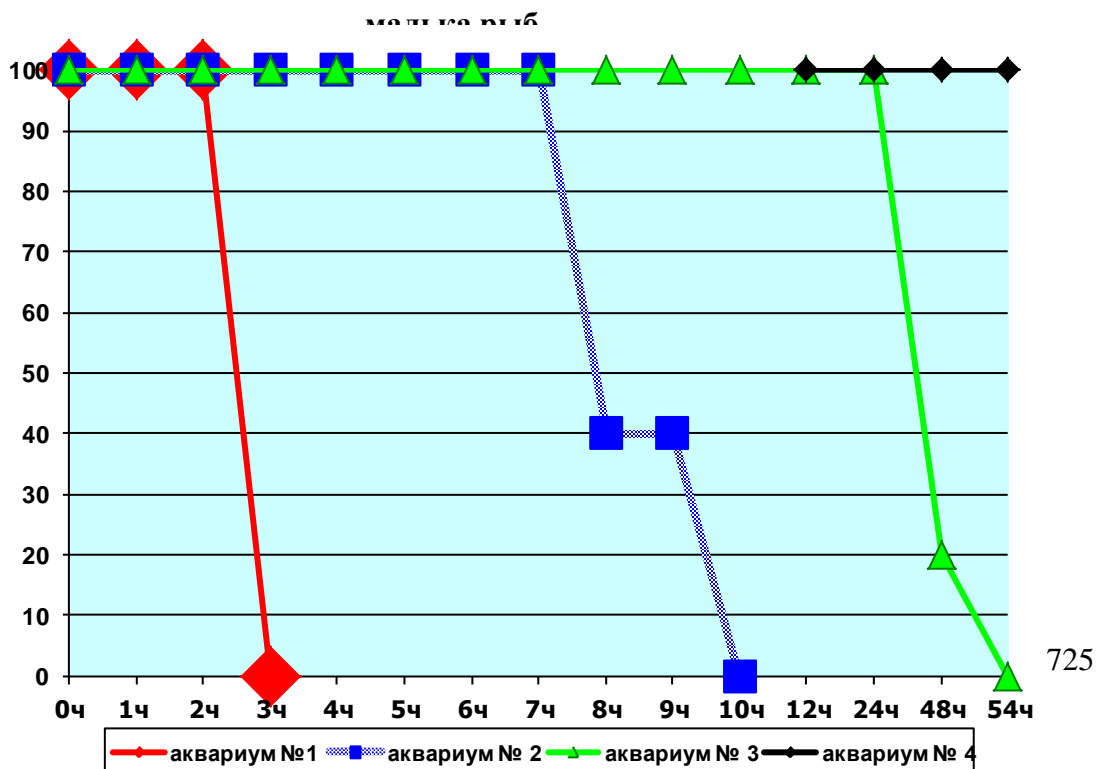


Диаграмма показывающая влияния неочищенных сточных вод на жизнедеятельность мальков рыб



Литература

1. Алферова А.А., Нечаев А.П. «Замкнутые системы водного хозяйства промышленных предприятий, комплексов и районов» Москва: Стройиздат, 1987
2. Беспаятнов Г.П., Кротов Ю.А. «Предельно допустимые концентрации химических веществ в окружающей среде» Ленинград: Химия, 1987 г.
3. Вронский В.А. Прикладная экология: Учебное пособие. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996, 512 с.
4. Гордягин, А.Я. Растительность Татарской республики / А.Я. Гордягин // Географическое описание Татарской республики. 4.1. - Природа края. — Казань: Госиздат, 1921. - С.143-222.
5. Демина Т.А. «Экология, природопользование, охрана окружающей среды» Москва, Аспект пресс, 1995.
6. В.Ф. Протасов «Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России», Москва 2000
7. Петров К.М. Общая экология: Взаимодействие общества и природы: Учебное пособие для вузов. – 2-е изд., стер. – СПб: Химия, 1998г.
8. Сергеев Е. М., Кофф. Г. Л. "Рациональное использование и охрана окружающей среды городов» - М.: Высшая школа, 1995г.
9. Н. С. Строганов «Методика определения токсичности водной среды», 1990г.
10. А.М. Черняева, Вода России. Малые реки / Под научной ред. Екатеринбург ИЗД-ВО «АКВА-ПРЕСС», 2001, 804 с.
11. Г.Фелленберг «Загрязнение природной среды», Москва «Мир» 1997

УДК 613.954:616-053.4-071.3(470.57-25)

О.Р. Зубайдуллина

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ
Г.УФЫ**

**Кафедра общей гигиены с экологией, Башкирский государственный медицинский
университет, г.Уфа**

Резюме: Проведено сравнение показателей физического развития и состояния здоровья детей дошкольного возраста, проживающих в разных районах города Уфы. Отмечено, что наибольшее число гармонично развитых дошкольников и детей с первой группой здоровья в Ленинском районе, а наименьшее в Демском районе города.

Ключевые слова: дошкольники, физическое развитие.

O.R. Zubaydullina

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PHYSICAL DEVELOPMENT AND HEALTH OF
PRESCHOOL CHILDREN IN VARIOUS DISTRICTS OF UFA**

The Department of General hygiene with ecology, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: A comparison of physical development and health of preschool children living in different parts of the city of Ufa. It is noted that the largest number of harmonious development of preschool children and children from the first group of health in the Leninsky district, and the smallest in Demskoi district.

Keywords: preschool children, physical development.

Актуальность: В современных условиях в большинстве регионов Российской Федерации сложилась устойчивая неблагоприятная тенденция по ключевым показателям здоровья детей. Доля здоровых дошкольников за 10 последних лет снизилась в 2,7 раза. По данным медицинских осмотров, патологическая пораженность детей за период получения дошкольного образования увеличивается в 3-4 раза [1,2]. Оценка физического развития детей и подростков уже давно используется в качестве индикатора здоровья населения, в том числе и в системе социально-гигиенического мониторинга. Тесная связь между состоянием здоровья и физическим развитием, особенно выраженная в детском возрасте, определяет актуальность изучения темпов физического развития в различных условиях внешней среды [3].

Цель исследования: гигиеническая оценка состояния здоровья дошкольников в различных районах г. Уфы на основе анализа их физического развития и распределения по группам здоровья.

Материалы и методы: для выполнения поставленной цели нами было изучено состояние здоровья детей в возрасте с 3-х до 7 лет в 18 дошкольных учреждениях г. Уфы. Объектом изучения явились 2290 детей дошкольного возраста различных районов г.Уфы.

Результаты и обсуждение. При оценке физического развития детей центильным методом с использованием региональных центильных таблиц было установлено, что $48,75 \pm 1,54\%$ обследованных детей имели средний уровень физического развития, у $16,98 \pm 1,96\%$ детей уровень был выше среднего, $7,59 \pm 2,06\%$ имели высокий уровень и $6,29 \pm 2,08\%$ - очень высокий уровень физического развития. Показатели $12,79 \pm 1,53\%$ детей оценивались как ниже среднего, $4,70 \pm 2,10\%$ как низкие и у $2,90 \pm 2,11\%$ детей как очень низкие. Анализ физического развития детей дошкольного возраста в различных районах города Уфы показал, что средний уровень физического развития преобладает во всех изучаемых районах, достигая наибольшего процента в Ленинском ($53,33 \pm 4,29\%$) и наименьшего в Демском ($7,43 \pm 3,14\%$) районе. Демский район выделяется как район с дошкольниками, имеющими наибольший удельный вес детей с низкой степенью физического развития (уровни ниже среднего, низкий, очень низкий) – $41,11 \pm 3,22\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с Ленинским районом); и наименьший с высокой степенью (уровни выше среднего, высокий, очень высокий) – $11,46 \pm 2,09\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с Ленинским районом). А в Ленинском районе достоверно больший удельный вес имеют дошкольники с высокой степенью физического развития (уровни выше среднего, высокий, очень высокий) – $36,60 \pm 4,10\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с Демским районом), и меньший с низкой степенью (уровни ниже среднего, низкое, очень низкое) – $10,37 \pm 2,6\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с Демским районом).

Установлено, что большинство дошкольников имеют гармоничное физическое развитие. Однако, можно выделить некоторые особенности в определенных районах. Так, в Ленинском районе выявлено наибольшее число гармонично развитых дошкольников ($82,96 \pm 3,24\%$ по сравнению с $68,77 \pm 2,91\%$ в Демском районе, $p < 0,001$), при том, что детей с дисгармоничным физическим развитием в вышеуказанном районе наименьшее ($8,15 \pm 2,35\%$, по сравнению с $20,16 \pm 2,52\%$ в Демском районе, $p < 0,001$), а различия в распределении дошкольников с резко дисгармоничным развитием не достоверны. В Демском районе удельный вес гармонично развитых дошкольников наименьший ($68,77 \pm 2,91\%$ по сравнению с Ленинским районом, $p < 0,001$), а доля дисгармонично и резко дисгармонично развитых

детей составляет $31,23 \pm 9,66\%$, что намного превышает эти же показатели в других районах. В остальных районах доля гармонично развитых дошкольников колеблется от $76,85 \pm 1,73\%$ до $79,23 \pm 3,00\%$, а доля дисгармонично и резко дисгармонично развитых от $20,76 \pm \%$ до $24,03 \pm \%$.

Сравнивая полученные нами данные можно отметить отсутствие явных отличий в распределении гармонично развитых мальчиков и девочек. Так, $78,13 \pm 1,38\%$ мальчиков и $75,62 \pm 0,79\%$ девочек гармонично развиты. При этом максимальное количество гармонично развитых мальчиков выявлено в Ленинском районе ($85,92 \pm 4,13\%$), а минимальное – в Демском ($70,99 \pm 3,96\%$, $p < 0,01$). Среди девочек достоверно больше гармонично развитых дошкольниц в Октябрьском районе ($85,29 \pm 1,30\%$, $p < 0,001$), чем в Демском, где выявлено наименьшее количество гармонично развитых девочек ($66,39 \pm 4,28\%$).

В Демском районе наибольшее количество девочек с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием и составляет $33,61 \pm 4,37\%$, что достоверно больше, чем количество дисгармонично и резко дисгармонично развитых девочек Октябрьского района, где выявлен наименьший процент – $14,70 \pm 3,64\%$ ($p < 0,01$).

Мальчики Демского района в $29,01 \pm 4,23\%$ случаев имеют дисгармоничное и резко дисгармоничное физическое развитие, достигая максимальных значений в сравнении с другими районами города Уфы; а в Ленинском районе достоверно меньше дисгармонично и резко дисгармонично развитых мальчиков – $14,08 \pm 3,56\%$ в сравнении с Демским районом ($p < 0,001$). Однако, достоверных различий среди дисгармонично и резко дисгармонично развитых девочек и мальчиков различных исследуемых районов нет.

В результате распределения по группам здоровья в зависимости от района проживания установлено, что в Ленинском районе наибольший удельный вес детей с первой группой здоровья ($45,93 \pm 4,29\%$ по отношению ко всем районам $p < 0,01$) и наименьший со второй – $45,19 \pm 4,28\%$ ($p < 0,001$). В Демском районе доля детей со второй группой здоровья составляет $62,85 \pm 3,04\%$, что является наибольшим показателем среди других районов. Неблагоприятные тенденции выявлены в Октябрьском районе: доля лиц с первой группой здоровья наименьшая ($6,56 \pm 1,83\%$), а доля лиц с третьей группой наибольшая ($41,53 \pm 3,64\%$).

При комплексной оценке состояния здоровья детей в зависимости от района проживания с учетом пола установлено, что доля детей с I группой здоровья имеет наибольший показатель в Ленинском районе - немного превышает половину ($53,13 \pm 6,24\%$) среди девочек и $39,44 \pm 5,80\%$ среди мальчиков. Наименьшее число дошкольников с I группой в Октябрьском районе: девочки – $7,35 \pm 3,16\%$ и мальчики – $6,09 \pm 2,23\%$. Наибольшее число

девочек со II группой здоровья в Калининском районе ($64,95 \pm 2,80\%$), а в Кировском районе их достоверно меньшее число – $49,16 \pm 2,89\%$ ($p < 0,001$ в сравнении с Калининским районом). Наибольший процент мальчиков со II группой здоровья наблюдается в Демском районе, составляя $63,36 \pm 4,21\%$, а наименьший – в Ленинском районе ($45,07 \pm 5,90\%$). Довольно значительным оказалось число детей, отнесенных к III группе здоровья, в Октябрьском районе, как среди мальчиков, так и среди девочек – $42,61 \pm 4,61\%$ и $39,71 \pm 5,93\%$ соответственно. Наименьший процент с III группой здоровья среди девочек в Ленинском районе ($3,13 \pm 2,18\%$) и среди мальчиков в Демском районе ($8,40 \pm 2,42\%$). Достоверных различий в распределении мальчиков и девочек по группам здоровья не отмечено.

Заключение и выводы:

1. Средний уровень физического развития преобладает во всех изучаемых районах, достигая наибольшего процента в Ленинском ($53,33 \pm 4,29\%$) и наименьшего в Демском ($7,43 \pm 3,14\%$) районе.

2. Большинство дошкольников имеют гармоничное физическое развитие. Однако, наибольшее число гармонично развитых дошкольников выявлено в Ленинском районе ($82,96 \pm 3,24\%$) а наименьшее в Демском районе ($68,77 \pm 2,91\%$).

3. Установлено, что в Ленинском районе наибольший удельный вес детей с первой группой здоровья ($45,93 \pm 4,29\%$) по отношению ко всем районам. Неблагоприятные тенденции выявлены в Октябрьском районе: доля лиц с первой группой здоровья наименьшая ($6,56 \pm 1,83\%$), а доля лиц с третьей группой наибольшая ($41,53 \pm 3,64\%$).

Литература

1. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов // Педиатрия. - 2012. - №3. – С.9-14.

2. Истомин, А.В. Актуальные вопросы гигиены и пути их решения / А.В. Истомин, А.И. Верещагин // Здоровье населения и среда обитания. - 2008. - №. 1. - С. 4-6.

3. Кучма, В.Р. Показатели здоровья детей и подростков в современной системе социально-гигиенического мониторинга / В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. - 2004. - №6. - С. 14-16.

УДК 616.931(470.57)

Д. Р. Гимаева

**МНОГОЛЕТНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**Кафедра эпидемиологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме: В работе приведены данные по проявлению заболеваемости ветряной оспой среди населения на территории Южного региона Республики Башкортостан. Определены возрастные группы риска по заболеваемости ветряной оспой, территории риска в Южном регионе.

Ключевые слова: Распространённость, ветряная оспа, профилактика, возрастные группы.

D.R.Gimaeva

**PERENNIAL MANIFESTATIONS OF CHICKENPOX IN THE SOUTHERN
REGION OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

Department of epidemiology, Bashkir state medical university, Ufa

Resume: The paper presents data on morbidity outcomes chickenpox among children 0-14 years old in the Southern region of the Republic of Bashkortostan. Defined age groups at risk for re-infection, risk areas in the Southern region.

Keywords: Ubiquitous, chickenpox prophylaxis, age groups.

Актуальность: ветряная оспа - одно из самых распространенных инфекционных заболеваний [7]. Актуальность инфекции определяется высоким уровнем заболеваемости, повсеместным распространением, значительным удельным весом в структуре общей инфекционной патологии, значительным экономическим ущербом, низкой эффективностью противоэпидемических мероприятий (изоляция больных, карантин и т.п.) [3]. Экономический ущерб, наносимый этой инфекцией, составляет более 6 млрд. руб. в Российской Федерации [1]. В современных условиях значимость ветряной оспы для общественного здоровья обусловлена не только высокими показателями заболеваемости (до 775 на 100 000 населения), но и значительной вероятностью тяжелого клинического течения, осложнений, которые могут приводить к летальным исходам, а также высоким риском заболеваний беременных женщин [4]. На территории Российской Федерации 90% зарегистрированных случаев ветряной оспы составляют дети до 14 лет [5]. Различия, в

уровнях заболеваемости на территориях и во времени, требуют внедрения в современных условиях в практическое здравоохранение вакцинации от ветряной оспы по эпидемическим показаниям, только определенным группам населения [6]. В рамках реализации эпидемиологического надзора за ветряной оспой с динамической оценкой, имеющейся эпидемиологической ситуации на различных территориях является важной составляющей его оптимизации.

Цель исследования: провести анализ эпидемиологической ситуации по ветряной оспе на основании результатов многолетних наблюдений в Южном регионе Республики Башкортостан с определением групп и территорий риска с последующей оптимизацией системы эпидемиологического надзора.

Материалы и методы: изучение первичной заболеваемости ветряной оспой (МКБ-10 – B0) проведено на основе анализа учетной формы №2 «Сведения о заболеваемости ветряной оспой» за 1997-2013гг. среди населения Южного региона Республики Башкортостан, в которую входят 10 районов (Аургазинский, Гафурийский, Зианчуринский, Кугарчинский,

Кююргазинский, Ишимбайский, Стерлитамакский, Стерлибашевский, Мелеузовский, Федоровский) и 5 городов (Кумертау, Салават, Ишимбай, Стерлитамак, Мелеуз)[2]. Проявления заболеваемости ветряной оспой исследовали в динамике и по среднескользящим данным, а также по отдельным периодам по всему региону и отдельно по городам и районам входящим в состав Южного региона. Полученные результаты подвергались статистической обработке с использованием MS Excel 2010. Определялись средние величины и их ошибки, достоверность различия оценивались методом доверительных интервалов. Оценку тенденции динамики заболеваемости ветряной оспой проводили путем выравнивания динамического ряда по методу наименьших квадратов [6]. Информация о численности населения за исследуемый временной период была получена из Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики по РБ.

Результаты и обсуждение: среднескользящий (1997-2013гг.) уровень заболеваемости ветряной оспой в Южном регионе составил $584,1\text{‰}$ в Республике Башкортостан $325,8\text{‰‰}$. В целом заболеваемость ветряной оспой на территории Южного региона формировалась за счет активного участия в эпидемическом процессе детей 0-14 лет, на долю которых за исследуемый период приходилось в среднем 94,5% регистрируемых случаев. Уровень заболеваемости среди детей 0-14 лет ($2630,0 \pm 19,6\text{‰}$) превышал уровень среди лиц 15 и старше ($41,8 \pm 0,1\text{‰}$) в 62,9 раз. Динамика заболеваемости ветряной оспой в Южном регионе среди детей 0-14 лет характеризовалась неблагоприятной, умеренной (Тпр. = 4,4%) тенденцией роста заболеваемости сформировав 4 периода

отличающиеся по интенсивности и характеризующие цикличность эпидемического процесса ветряной оспы: первый период (1998-2001гг.), второй (2002-2006гг.), третий (2007-2009гг.) и четвертый период (2010-2013гг.). Наиболее выраженные изменения уровня заболеваемости в Южном регионе произошли в 2-х периодах наблюдения (2002-2006гг.; 2007-2009гг.), в которых выявлена активизация эпидемического процесса, по сравнению с первым (1998-2001гг.) периодом в 3 и 1,6 раза соответственно (Рис.1)

Заболеваемость ветряной оспой на территории Южного региона РБ среди детей 0-14 лет формировалась за счет активного участия в эпидемическом процессе возрастных групп детей 3-6 лет ($6640,9 \pm 61,6 \text{ ‰}$), 1-2 лет ($2758,0 \pm 57,4 \text{ ‰}$). Наименьшие показатели заболеваемости выявлены среди детей 0-1 года ($875,4 \pm 44,1 \text{ ‰}$).

Заболеваемость в Южном регионе РБ формировалась за счет активного эпидемического процесса в городах Южного региона (Мелеуз, Стерлитамак, Салават, Ишимбай, Кумертау), в которых показатели были значимо выше во всех возрастных группах, во все периоды наблюдения. В динамике заболеваемости ветряной оспой в районах и городах были выявлены особенности формирования периодов развития заболеваемости, что связано с особенностями цикличности в проявлениях эпидемического процесса ветряной оспы. Во все периоды наблюдений, как и в последний, уровень заболеваемости в городах оказался значительно выше, чем в сельских районах. Так же как и в целом в Южном регионе лидирующие позиции занимали дети 3-6 лет, среди которых в городах ($9817,0 \pm 160,4 \text{ ‰}$) показатель превышал уровень в сельских районах ($2296,4 \pm 208,1 \text{ ‰}$) в 4,3 раза, а так же значимо ниже были показатели в группах детей 1-2 лет ($3814,0 \pm 136,6 \text{ ‰}$; $1298,0 \pm 192,8 \text{ ‰}$), 7-14 лет ($890,2 \pm 27,0 \text{ ‰}$; $648,6 \pm 68,4 \text{ ‰}$) и 0-1 ($1187 \pm 105,5 \text{ ‰}$; $672,2 \pm 191,4 \text{ ‰}$) с сохранением лидерства в городах (рис.2)

На территориях городов и сельских районов Южного региона РБ в последнем периоде наблюдения были определены территории риска по заболеваемости детей ветряной оспой. Этими территориями явились города: Мелеуз ($2872,3 \pm 1,6 \text{ ‰}$), Стерлитамак ($2782,3 \pm 41,7 \text{ ‰}$), Кумертау ($1036,3 \pm 33,8 \text{ ‰}$), в которых показатели превысили уровни других - Ишимбай и Салават в 1,4 и 4 раз. Среди сельских районов лидирующий уровень был выявлен в Куюргазинском районе ($967,5 \pm 89,8 \text{ ‰}$), Стерлитамакском районе ($533,0 \pm 65,9 \text{ ‰}$) и Кугарчинском районе ($395,1 \pm 50,6 \text{ ‰}$), во всех остальных районах показатели были близкими по значениям. Группой риска по уровню заболеваемости среди детей на всех территориях оказались дети 3-6 лет.

Заключение и выводы: эпидемический процесс ветряной оспы на территории Южного региона РБ характеризуется высокой интенсивностью среди детей 0-14 лет, наблюдается

активизация эпидемического процесса ветряной оспы в последние годы. Наиболее неблагоприятная ситуация по заболеваемости ветряной оспой была выявлена на территории городов Мелеуз, Стерлитамак, Кумертау. Среди сельских районов территориями риска явились Куюргазинский, Стерлитамакский и Кугарчинский районы. Выявленные особенности в эпидемическом процессе ветряной оспы в Южном регионе необходимо учитывать для совершенствования регионального компонента системы эпидемиологического надзора, в том числе в рамках активного внедрения иммунизации лиц из групп риска и не только.

Литература

1. Баранов А. А. Научное обоснование вакцинации детей с отклонениями в состоянии здоровья / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. К. Таточенко // Педиатрическая фармакология. 2010. — Т. 7, № 2. - С. 6-25.
2. Барлыбаев Х.А. Экономическая система Республики Башкортостан//Экономика Башкортостана Уфа.2003.-С.31-32.
3. Воронин Е.М., Михеева И.В.К вопросу об оценке экономического ущерба от заболеваний, вызываемых вирусом ветряной оспы/Профилактическая медицина-практическому здравоохранению: Сб. научных статей МПФ ППО ММА им.И.М.Сеченова Вып.3.-М.:ФЦГЭ Роспотребнадзора,2007.- С.259-264.
4. Шляхтенко Л.И. Основы эпидемиологии и эпидемиологической диагностики инфекционных болезней. СПб.- 1994г.-С.162.
5. Ясинский А.А. Ветряная оспа в Российской Федерации. Вакцинация 2009.№1. С .23-24
6. Moffat J.F., Stein M.D., Kaneshima H. Tropism of Varicellazoster virus to human CD 4+ and CD8+ T-lymphocytes and epidermal cells in SCID-hu mice. J. Virol. 1995; 69: 5236–5240.
7. Whitley R.J. Therapeutic approaches to varicella-zoster virus infections. J. Infect. Dis. 1992; 166 (suppl. 1): S51–S57.

УДК 616.98-097

С.Р. Гимадиева, Г.М. Асылгареева, Л.Р. Ибраева
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО
ГЕПАТИТА А ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕТААНАЛИЗА

Кафедра эпидемиологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа

Резюме: гепатит А сохраняет важное эпидемиологическое и социально-экономическое значение во всем мире. Представлены данные проведенного метаанализа, подтверждающие эпидемиологическую эффективность вакцинации против вирусного гепатита А, как наиболее перспективного вектора профилактики.

Ключевые слова: гепатит А, вакцинация, доказательная медицина, метаанализ.

S.R. Gimadieva, G.M. Asylgareeva, L.R. Ibraeva

Effect evaluation from vaccination against viral hepatitis A according to the results of
metaanalysis

Department of epidemiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: hepatitis A is important epidemiological, social and economic problem around the world. Results of metaanalysis confirming epidemiological effect of vaccination against viral hepatitis A, as the most promising vector of prevention.

Key words: hepatitis A, immunization, evidence-based medicine, metaanalysis.

Актуальность: вирусный гепатит А (ВГА) относится к числу широко распространенных кишечных инфекций. Ежегодно регистрируется около 1,5 миллионов случаев данного заболевания [1]. По затратам гепатит А занимает пятое место среди всех регистрируемых инфекций [1], представляя значительную экономическую проблему. Наиболее действенным и мощным профилактическим мероприятием, по предупреждению ВГА, на сегодняшний день является проведение широкомасштабной вакцинации, так как меры направленные на раннее выявление источника инфекции и разрыв путей передачи требует длительного времени и финансовых затрат [1]. Зарегистрированы и могут применяться четыре инактивированные вакцины против гепатита А: отечественная вакцина ГЕП-А-ин-ВАК (ГНЦ ВБ «Вектор», Новосибирск), зарубежные вакцины – Хаврикс (ГлаксоСмитКляйн, Великобритания), Аваксим (Авентис Пастер, Франция), Вакта (Мерк, Шарп и Доум, США) [2]. Атенуированные вакцины активно применяются для иммунизации против ВГА в Китае. В России вакцинация против ВГА проводится по эпидемическим

показаниям согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (Приложение 2). Накоплены убедительные данные об эффективности, безопасности, слабой реактогенности, высокой иммуногенной активности вакцин против ВГА[1]. Однако продолжение оценки эпидемиологической эффективности применяемых вакцин представляет научно-практический интерес, это подтверждается результатами недавно проведенных клинических исследований. Указанное обусловило необходимость проведения повторного метаанализа, с учетом недавно полученных результатов РКИ, отвечающих поставленным задачам, что и явилось целью нашего исследования.

Материалы и методы: методология настоящего исследования соответствует положениям инструкции The Cochrane Collaboration[12]. Поиск статей производился в следующих электронных базах: Кокрановская библиотека, PubMed, Medline, по ключевым словам: «гепатит А», «вакцинация». Списки литературы проверялись вручную, ограничения по дате и языку отсутствовали. Для статистической обработки данных и количественной оценки эффективности вакцинации против ВГА использовалось программное обеспечение RevMan 5.3.

Обнаружено более 1285 исследований по оценке эффективности вакцинации против ВГА, из них только 10, с общим числом участников 507757, соответствовали следующим критериям отбора: схожая цель исследований: оценка эпидемиологической эффективности применения живых и инактивированных вакцин против ВГА; рандомизированные плацебо – контролируемые исследования (РКИ) с низким уровнем ошибок; оценка эффекта после однократного применения вакцин; объекты исследования – дети и взрослые, серонегативные по антителам к ВГА (не вакцинированные и ранее не болевшие ВГА) до проведения РКИ; наличие контрольной группы в исследованиях; адекватность размера выборки в исследованиях (не менее 100).

Эффективность применения вакцины оценивалась по количеству заболевших ВГА, относительно всех испытуемых, в опытной и контрольной группах. Поскольку в метаанализе представлены результаты не одного, а десяти оригинальных исследований, то они могут различаться. С целью определения степени гетерогенности проведена оценка статистического индекса I . Наличие системных ошибок публикаций, также влияющих на однородность РКИ, оценено с помощью воронкообразного графика.

Результаты и обсуждение: асимметричность полученного воронкообразного графика (рис.1) свидетельствовала о системной ошибке публикаций исследований, соответственно

ожидалась высокая степень гетерогенности РКИ, что диктовало необходимость использовать модель случайных эффектов (метод ДерСимониана и Ларда)[3] для расчета относительных рисков (ОР) с соответствующими 95% доверительными интервалами, что позволило оценить эффективность вакцинации против ВГА инактивированными и живыми вакцинами. Для обобщения результатов был построен график «форест-плот» (рис.2).

Анализ графического изображения позволил констатировать, по характеру расположения горизонтальных линий, отражающих величину эффекта каждого РКИ, а также ромба (суммарный эффект синтеза), которые располагались в левой части графика, превышение случаев изучаемого исхода в группе контроля(рис. 2). Значение I^2 составило 60% - умеренная гетерогенность. Полученный уровень масштабного эффекта(Z-тест), при сравнении опытной и контрольной группы, подтверждал статистическую достоверность результатов ($P < 0,00001$).

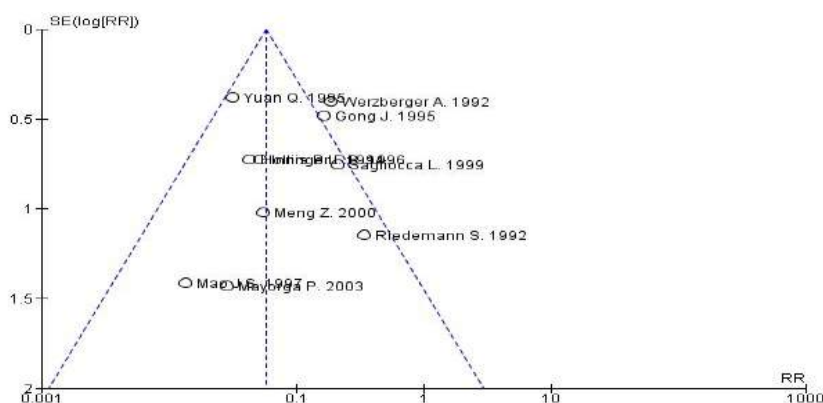


Рис. 1. Анализ системных ошибок публикаций

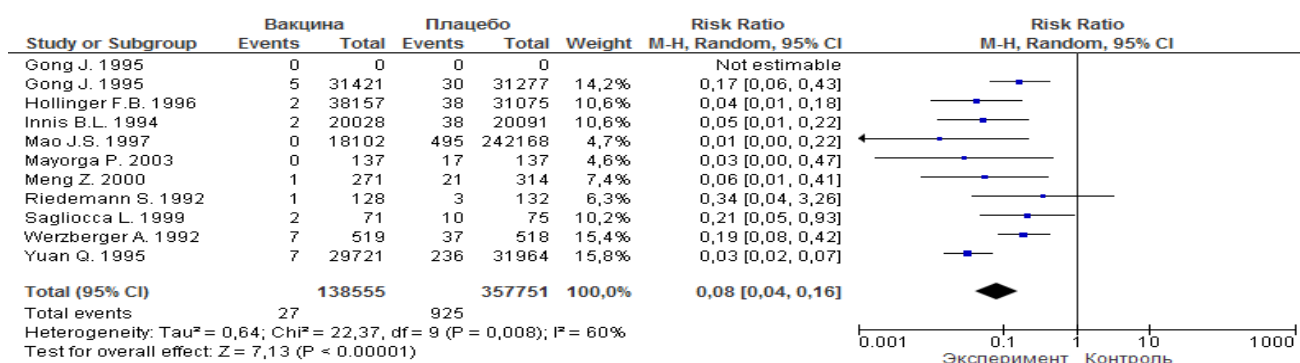


Рис. 2. Оценка эпидемиологической эффективности вакцинации против ВГА (для всех типов вакцин)

Закключение и выводы: таким образом проведенный метаанализ доказывает, снижение риска развития заболеваемости ВГА на 92%, уже после однократной иммунизации, что подтверждает эпидемиологическую эффективность вакцинации против ВГА и обосновывает

необходимость широкого ее применения с целью управления эпидемическим процессом на различных территориях.

Литература

1. Документ по позиции ВОЗ относительно вакцин против гепатита А: еженедельный эпидемиологический бюллетень, 2012.
2. Михайлов, М.И. Современная стратегия контроля за гепатитом А: опыт проведения плановой вакцинации в рамках регионального календаря профилактических прививок / Михайлов, М.И., Ершова О.Н. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2012. - № 7.
3. DerSimonian R., Laird N. Meta-analysis in clinical trials // Control Clin. Trials. 1986. Vol. 7. P.177–188.
4. Gong J. Protective efficacy of large scale immunization with a live attenuated hepatitis A vaccine(LA-1 strain)/Gong J., Li R. Yang J.//Guangxi Journal of Preventative Medicine. – 2000. № 6(5) P. 257–259.
5. Hollinger F.B. Hepatitis A virus/ Hollinger F.B., Ticehurst J.R. Fields Virology, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. – 1996. P. 735-782.
6. Innis B.[et al]. Field efficacy trial of inactivated hepatitis A vaccine among children in Thailand //Vaccine. – 1994. №10. P.159.
7. Mao J.S. Further evaluation of the safety and protective efficacy of live attenuated hepatitis A vaccine (H2-strain) in humans //Vaccine. – 1997. №15(9). P. 944-7.
8. Mayorga Perez O.[Et al.] Efficacy of virosome hepatitis A vaccine in young children in Nicaragua: randomized placebo-controlled trial// The Journal of Infectious Diseases.- 2003.- N 188(5).-P.671–7.
9. Meng Z. Observation on the immunization effects of attenuated live hepatitis A vaccine/ Meng Z, Yao J, Zhao Y.//National Medical Journal of China. - 2000. - N 80(1) P.9–11.
10. Riedmann S.[etal.]. Placebo controlled efficacy study of hepatitis A vaccine in Valdivia, Chile //Vaccine.-1992.№10. P.152-5.
11. Sagliocca L. [et al.] Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial//Lancet.-1999.
12. The Cochrane Collaboration. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. <http://www.cochrane-handbook.org> [accessed 9 May 2012].

13. Werzberger A. [et al]. A controlled trial of a formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children //New England Journal of Medicine. – 1992. №327(7). P. 453–7.
14. Yuan Q. Observations on the Immunization effects of Attenuated Live Hepatitis A Vaccine/Yuan Q., Luo S, Wu X.//National Medical Journal of China. 1995.-№ 80(1)/ P.9-11

УДК 613.956

А.Р. Валиуллина, Л.Ф. Шайдуллина, У.З. Ахмадуллин

**ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕПЕНИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ШКОЛЬНИКОВ
Г.УФЫ**

**Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.**

Резюме: Степень физического развития у школьников является главным показателем здоровья будущего поколения. Установлено, что у исследуемых нами школьников степень физического развития ниже, по сравнению с нормальными показателями, что связано с образом жизни, питанием, физической активностью детей, влиянием факторов окружающей среды.

Ключевые слова: индекс Кетле, проба Руфье, адаптационный показатель, физическое развитие.

A.R. Valiullina, L.F. Shaydullina, PhD in Medical U.Z. Ahmadullin

**THE STUDY OF THE DEGREE OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN
SCHOOLCHILDREN OF UFA**

**Department of General hygiene with the environment with the course of hygienic
disciplines, Bashkir State Medical University, Ufa.**

Resume: The degree of physical development in schoolchildren is a major indicator of the health of future generations. It was found that the studied schoolchildren's physical development is lower compared to normal rates, due to lifestyle, diet, physical activity of children, the influence of environmental factors.

Keywords: Quetelet index, a sample Rufe, adaptation index, and physical development.

Актуальность: Изучение физического развития подростков в настоящее время является одной из актуальных проблем, что связано с ухудшением экологической обстановки, широким распространением вредных привычек среди школьников, ухудшением питания и др. Все это сказывается на состоянии физического развития школьников.

Физическое развитие является важнейшим параметром физиологических процессов, происходящих в организме, и часто используются как показатель состояния здоровья детей. Индивидуальная оценка уровня физического развития основывается на антропометрических данных.

Цель исследования: изучение степени физического развития у школьников 6-8 классов и сравнение результатов со стандартами физического развития, принятыми для г.Уфы. На полученных данных дать рекомендации, направленные на улучшение и сохранение здоровья молодого поколения.

Материалы и методы: Исследование было проведено в 2015-2016 гг. на базе лицея №94 г. Уфы. Объектом изучения являлись 138 школьников, из них 38,4% мальчиков и 61,6% девочек в возрасте от 13 до 15 лет. Физическое развитие детей изучалось по унифицированной антропометрической методике с использованием стандартного инструментария. [1]

Для определения физического развития школьников было проведено анкетирование. В анкете были предоставлены 72 вопроса, на которые отвечал один из родителей испытуемых. Основными вопросами были: пол ребенка, возраст, его питание, данные физического развития и такие функциональные пробы, как: длина тела, масса тела, объем грудной клетки, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), сила кистей рук, зрительно-двигательная реакция (ЗДР), индекс Кетле, частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), проба Руфье, адаптационный показатель (АП), физическое развитие.

Для измерения длины тела стоя используется вертикальная шкала с точностью измерения 0,1 см с перемещающейся по ней поперечной рейкой. Прибор, состоящий из неподвижно закрепленной вертикальной шкалы и подвижной горизонтальной планки, получил название ростомера.

Измерение массы тела производилось стандартным методом, при использовании весов; объем грудной клетки – сантиметровой лентой; ЖЕЛ – спирометром; индекс Кетле вычисляется по формуле: кг/м^2 ; ЧСС – измерение пульса на лучевой артерии, подсчитывают секундомером, за 1 минуту; АД – тонометром.

Проба Руфье проводится в несколько этапов, сначала подсчитывают пульс у ребенка за 15 секунд (p_1), в течении 45 секунд исследуемый выполняет 30 приседаний, затем сразу же после приседаний подсчитывают пульс за первые 15 секунд (p_2), а потом подсчитывают в последние 15 секунд (p_3) первой минуты периода отдыха. Расчет проводится по формуле – $(4*(p_1+p_2+p_3) - 200):10$.

Оценка АП рассчитывается без проведения нагрузочных тестов и позволяет давать предварительную оценку уровня здоровья обследуемых. Определяется по следующей формуле: $\text{АП} = 0,011 * \text{ЧСС} + 0,014 * \text{САД} + 0,008 * \text{ДАД} + 0,009 * \text{МТ} - 0,009 * \text{Р} + 0,014 * \text{В} - 0,27$, где САД – систолическое артериальное давление (мм рт.ст.); ДАД – диастолическое

артериальное давление (мм рт.ст.); МТ – масса тела (кг); Р – рост (см); В – возраст (лет). Физическое развитие у школьников определялось по результатам анкетирования. [3]

Оценка полученных данных проведена с помощью региональных центильных таблиц (Уфа, 2016). Рассчитывались средние арифметические величины (М) и квадратические ошибки средних (m). Оценка достоверности результатов проводилась при помощи критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения: при изучении степени физического развития у школьников 6-8 классов, были получены следующие результаты, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели физического развития школьников.

Класс	Рост	Масса тела	ОГК	ЖЕЛ	ЗДР	Индекс Кетле	ЧСС	АД	Проба Руфье	АП
6а	154,3	46,6	80,4	3	16,4	19,7	93,3*	125/75*	12,4	2,4
6б	153,9	43,1	74,8	2	19,9	17,4	89,3*	121/69*	16,1	2,2
6в	156,9	55,9	79,7	2,3	23,2	22,8	91,1*	133/77*	13,7	2,4
7а	161,8	50,4	76,6	2,8	12	22,2	94,6*	133/74*	18,1	3
8а	163,2	49,3	79,7	2,9	18,2	18,6	89,7*	126/80*	15,6	2,5
8в	163,2	53,5	80,7	2,5	24,1	19,8	101*	127/76*	8,2	2,4

Примечание: $P < 0,05$, по сравнению с нормой

Заключение и выводы:

- ❖ Рост детей в возрасте 12-ти, 13-ти и 14-ти лет в среднем соответствует норме. (N- от 143,4 до 160,2 см; N- от 145,5 до 166,6 см; N- от 151,2 до 170,7 см, соответственно)
- ❖ Масса тела у учащихся:
 1. 6-ых классов – высокая, при норме от 38,8 до 45,1 кг;
 2. 7-ого класса - соответствует норме: от 43,4 до 50, 6 кг;
 3. 8-ых классов – соответствует норме: от 48,8 до 56, 6 кг.
- ❖ Окружность грудной клетки
 1. У учащихся 6-ых классов незначительно выше нормы. Норма находится в диапазоне: (68.05 - 72.10).
 2. У учащихся 7-го класса окружность груди соответствует норме. Норма находится в диапазоне: (70.25 - 78.20). Отклонений нет.
 3. У учащихся 8-ых классов окружность грудной клетки соответствует норме. Норма находится в диапазоне: (73.15 - 81.70). Отклонений нет.

❖ Жизненная емкость легких и зрительно-двигательная реакция всех подростков соответствует норме.

❖ Индекс Кетле:

1. У детей 12-ти лет составил в среднем 19,96, что соответствует норме (18 ± 2);
2. У детей 13-ти лет- 22,2. Повышение показателя на 1 единицу по сравнению с нормой свидетельствует о предрасположенности к избыточной массе тела (19 ± 2);
3. У детей 14-ти лет 19,2. Не соответствует норме (20 ± 2). Это свидетельствует о предрасположенности к дефициту массы тела.

❖ Частота сердечных сокращений и артериальное давление у подростков выше норм, приведенных в стандартах. Примечание* : высокий уровень данных показателей может быть связан с эмоциональным фоном подростков во время проведения исследования.

❖ Проба Руфье указывает на уровень нагрузки, которую может выдержать человек без угрозы вреда здоровью. У учащихся 6-ых классов показатель ниже нормы (подросткам следует заниматься по основной программе, но они не сдают нормативы по кроссу). У школьников в возрасте 13-ти и 14-ти лет проба Руфье также является слабой.

❖ Адаптационный показатель у всех подростков находится в пределах нормы.

Таким образом, проанализировав полученные данные, можно дать следующие рекомендации, направленные на улучшение и сохранение здоровья молодого поколения:

1. Следует соблюдать правильный режим труда и отдыха. При правильном соблюдении режима вырабатывается чёткий и необходимый ритм жизнедеятельности организма, что создаёт оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья и улучшению работоспособности.

2. Достаточная двигательная активность. Основу оптимального двигательного режима составляют регулярные занятия физическими упражнениями и спортом.

3. Соблюдение личной гигиены, закаливание. Закаливание оказывает общеукрепляющее действие на организм, увеличивает тонус нервной системы, улучшает кровообращение, восстанавливает обмен веществ.

4. Рациональное питание. Прием пищи должен состоять из смешанных продуктов, включающих в себя белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные вещества. Тогда правильное питание обеспечит правильный рост и формирование организма.

Выводы: на основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что физическое развитие связано с функциональным и нервно-психическим развитием ребенка и представляет собой целостный процесс. При изучении физического развития возможно выявить на ранних этапах различные нарушения и предотвратить их. Изучение

антропометрических показателей может выявить на ранней стадии те или иные патологии физического развития. Данные исследования физического развития могут использоваться медработниками.

Литература

1. Зулъкарнаева А.Т., Поварго Е.А., Зулъкарнаев Т.Р. Физическое развитие школьников г.Уфы. [Медицинский вестник Башкортостана](#) № 5, 2012, С 20 – 23.
2. Кучма, В.Р. Показатели здоровья детей и подростков в современной системе социально-гигиенического мониторинга / В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2004. - №6. – С. 14-16.
3. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: руководство для врачей / А.А. Баранов и В.Р. Кучма. – М., 1999. – 230 с.

УДК 613.65-613.0

Р.М. Бердиев, В.А. Кирюшин

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО**

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Резюме. Изучены различные показатели качества жизни студентов разных факультетов медицинского вуза. В контрольную группу вошли студенты, посещающие бассейн 2-3 раза в неделю. Студенты, посещающие бассейн, менее подвержены негативному влиянию образовательного процесса и экзаменационного стресса и имеют более высокие показатели по ряду шкал опросника SF-36

Ключевые слова: студенты медицинского вуза, качество жизни, опросник SF-36, здоровый образ жизни

R.M. Berdiev, V.A. Kirushin

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF THE MEDICAL STUDENT'S LIFE

**Department of profile hygienic disciplines with the course of hygiene, epidemiology and
state sanitary and epidemiological service of FAPE organization**

Ryazan State Medical University, Ryazan

Summary. The various indicators of the quality of life of the medical students studying in different faculties are studied. Control group consists of students attending the pool 2-3 times a week. Students attended a pool are not considerably affected by the educational process and exam stress and have higher rates on a number of scales of the SF-36 questionnaire

Keywords: students of the high medical school, the quality of life, SF-36 questionnaire, healthy lifestyle

Актуальность: С первого дня учебы студенты медицинского вуза испытывают значительные интеллектуальные и физические перегрузки в новых условиях жизни, обострение возникающих межличностных взаимоотношений, что поднимает уровень адаптации на следующие ступени. В результате сообщество студентов медицинского профиля можно отнести к группе высокого риска возникновения и прогрессирования различных заболеваний, в том числе и хронических [1,6,7,8].

В качестве базового инструмента при проведении исследования качества жизни применяются специальные опросники, использующие ряд психометрических параметров,

надежность, чувствительность и валидность. Опросники подразделены на две группы – общие и специальные. К общим относится опросник SF-36. В состав общих опросников обязательно входит ряд компонентов, позволяющих оценивать физическое состояние, судить об активности, подвижности, самостоятельности, включая и самообслуживание. Психологический – дает информацию об эмоциональном фоне, познавательной способности. Социальный – свидетельствует о взаимоотношениях с родителями и сверстниками, уровне и успешности обучаемости, социальной роли, самооценке и др. Таким образом, по уровню качества жизни можно оценить процесс адаптации индивидуума в любом возрасте, практически в любых условиях [3,4]. Опросник содержит 36 пунктов, которые сгруппированы по 8 шкалам, дающим возможность оценить физическое функционирование, ролевую деятельность, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние, психическое здоровье. В каждой шкале допущена вариация показателей от 0 до 100, где 100 соответствует полному здоровью. В итоге формируется два интегральных показателя, отражающих физическое и психическое благополучие [2].

Новый методологический подход - оценка качества жизни позволяет обеспечить индивидуальный мониторинг состояния здоровья с оценкой предпринятых мер профилактики и лечения и разработать прогностические модели [5]. Однако этот подход для оценки качества жизни студентов медицинских вузов до сих пор в полном объеме не применялся. В этой связи целью настоящего исследования явилась оценка различных показателей качества жизни студентов медицинского вуза, обучающихся на втором курсе, в период экзаменационной сессии.

Материалы и методы: В исследование вовлечены 256 студентов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов (по 64 студента в каждой группе), в том числе 82 мужчин (32%) и 174 женщин (68%) в возрасте 18-20 лет (средний возраст 19,1 [18,2; 21,1] лет). В контрольную группу вошли 64 студента, ведущие здоровый образ жизни и посещающие бассейн 2-3 раза в неделю. По результатам медицинского контроля все обследованные признаны практически здоровыми. Качество жизни оценивалось с помощью опросника качества жизни SF-36. Полученные результаты обработаны с помощью стандартных статистических пакетов программ Microsoft Excel 2016 и StatSoft Statistica 10.0. Для оценки количественных показателей использовались методы непараметрической статистики: определялись медиана и интерквартильный интервал (25-й и 75-й процентиля). Статистическая значимость межгрупповых различий средних величин оценивалась по

критерию U Манна-Уитни. Проверка статистических гипотез проходила при критическом уровне значимости $p=0,05$.

Результаты и их обсуждение: У студентов лечебного и стоматологического факультетов выявлено статистически значимо низкие значения интегральных показателей «физический компонент здоровья» (PH) ($p=0,010$ и $p=0,015$ соответственно), «психологический компонент здоровья» (ME) ($p=0,002$ и $p=0,000$ соответственно) и показателя «психическое здоровье» (MH) ($p=0,001$ и $p=0,001$ соответственно) (табл. 1). Показатель PH у студентов стоматологического факультета статистически значимо ниже такового для лечебного ($p=0,006$) и медико-профилактического ($p=0,002$) факультетов.

Таблица 1

Показатели различных шкал качества жизни студентов различных факультетов
медицинского вуза, %

Критерий опросника	Контроль	Факультеты		
		лечебный	медико- профилактический	стоматологический
PH	54,02 [49,97; 57,52]	49,79 * [46,52; 54,66]	53,17 [48,97; 56,33]	50,21 * [45,78; 55,11]
ME	45,25 [38,98; 50,35]	37,83 * [32,40; 43,98]	42,41 [33,63; 47,98]	31,98 * # ^ [27,66; 37,70]
PF	95 [90,00; 100,0]	95 [90,00; 100,0]	95 [90,00; 100,0]	95 [90,00; 100,0]
RP	75 [50,00; 87,50]	50 [50,00; 75,00]	75 [50,00; 100,0]	50 [50,00; 75,00]
BP	84 [67,00; 100,0]	79 [46,50; 100,0]	79 [51,50; 100,0]	72 [53,00; 92,00]
GH	77 [67,00; 84,50]	63,50 * [47,00; 77,00]	69,50 * [62,00; 79,50]	69,50 * [52,50; 79,50]
VT	60 [50,00; 75,00]	50,00 * [40,00; 60,00]	55 [40,00; 65,00]	45,00 * ^ [35,00; 57,50]
SF	81,5 [62,00; 100,0]	75 [62,00; 88,00]	75 [62,00; 94,00]	38,00 * # ^ [18,50; 75,00]
RE	67 [33,00; 100,0]	33 [33,00; 67,00]	33 [0; 100,0]	33,00 * [0; 67,00]
MH	72	56,00 * [33,00; 67,00]	64	52,00 * [33,00; 67,00]

	[60,00; 78,00]	[44,00; 68,00]	[44,00; 76,00]	[36,00; 62,00]
--	----------------	----------------	----------------	----------------

Статистическая значимость различий по сравнению: * - с контролем, # - с лечебным факультетом, ^ - с медико-профилактическим факультетом

Различия в значении показателей «физическое функционирование» (PF) между исследуемыми группами и контролем статистически не значимы, что, возможно свидетельствуют о том, что физическая активность студентов практически не ограничивается только состоянием их здоровья. Такие же результаты получены и для показателей «ролевое физическое функционирование» (RP) и «интенсивности боли» (BP). Значение первого из них отражает отсутствие ограничение повседневной деятельности студентов их физическим состоянием, второго – незначительное влияния боли на активность студентов. Установлено статистически значимое снижение уровня показателя «общее состояние здоровья» (GH) у студентов лечебного ($p=0,000$), медико-профилактического ($p=0,023$) и стоматологического ($p=0,015$) факультетов. Значение показателя «жизненная активность» (VT) статистически значимое низкое у студентов лечебного ($p=0,001$) и стоматологического ($p=0,000$) факультетов и статистически значимо различается между группой стоматологического и медико-профилактического факультетов ($p=0,044$). Наиболее существенные различия выявлены по шкале «социальное функционирование» (SF). Низкие значения этого показателя у студентов стоматологического факультета могут свидетельствовать о значительном ограничении социальных контактов, ухудшении уровня общения вследствие плохого физического и эмоционального состояния. Во всех исследуемых группах выявлено низкое значение ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, (RE), что можно интерпретировать как ограничение в выполнении повседневной работы, связанное с ухудшением эмоционального состояния

Заключение и выводы:

1. Студенты всех факультетов имеют сопоставимые результаты по различным показателям качества жизни; по большинству шкал у студентов медико-профилактического факультета установлены более высокие, а у студентов стоматологического факультета - наиболее низкие значения.

2. Средние значения интегральных показателей «физический» (PH) и «психологический» (ME) компоненты здоровья достаточно низкие у студентов всех факультетов.

3. По всем шкалам опросника SF-36 результаты наиболее высокие у контрольной группы, что может свидетельствовать о благотворном влиянии здорового образа жизни и регулярных занятий в бассейне на качество жизни студентов.

Литература

1. Агаджанян Н.А., Миннибаев Т.Ш., Северин А.Е. и др. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса // Гигиена и санитария. 2005. N 3. С.48-52.
2. Валиуллина Л.Ф., Яруллин А.Х. Социально-гигиеническая характеристика образа жизни студентов // Казанский медицинский журнал. 2007. N 1. С. 74-76.
3. Виленский М.Я., Горшков А.Г. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: учебное пособие. М.: Гардарики, 2007. 218 с.
4. Винтин И.А. Педагогические основы социального самоопределения студентов во внеучебной деятельности в высшем учебном заведении: дис. ... д-ра пед. наук. Саранск, 2006.
5. Рычкова С.В. характеристика показателей качества жизни по данным SF-36 у детей с хронической гастродуоденальной патологией // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. СПб МАПО, 2007. С. 33-37.
6. Спицин А.П. Оценка адаптации студентов младших курсов к учебной деятельности // Гигиена и санитария. 2007. N 2. С. 54-56.
7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. 2009. N 3. С. 16-26.
8. Jamali A., Tofangchiha S., Jamali R. et al. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors // Med. Educ. 2013. N 47(10). P.1001-1012.

УДК 612.39:613.2-057.875

Э.И. Ахметова, М.А. Степанова, Л.И. Фахруллина

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ
ЧАСТОТНЫМ МЕТОДОМ**

**Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин МПФ,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. С целью изучения фактического питания студентов медицинского ВУЗа метод частоты потребления продуктов проведено интервьюирование 47 студентов 2 курса БГМУ в возрасте 18-20 лет. Получены данные о химическом составе пищи и сравнены с нормой физиологических потребностей. Было установлено, что питание студентов характеризуется дефицитом витаминов, минеральных веществ, полноценных белков. Модель питания, характерное для студентов была определена как «углеводная»

Ключевые слова: студенты, фактическое питание

E.I. AKHMETOVA, M.A. STEPANOVA, L.I. FAKHRULLINA

**HYGIENIC ASSESSMENT OF ACTUAL NUTRITION STUDENTS FREQUENCY OF
FOOD CONSUMPTION METHOD**

**General Hygiene Department with the environment with the course of hygienic disciplines
FPM, Bashkir State Medical University, Ufa**

Abstract: To study the actual nutrition of students of medical university by method product consumption frequency conducted interviews with 47 students of 2nd year BSMU aged 18-20 years. The data on the chemical composition of food and compared with normal physiological needs. It was found that students' nutrition characterized by a deficiency of vitamins, minerals, complete proteins. Model power characteristic of the students has been defined as "carbohydrate"

Keywords: students, the actual power

Актуальность: на современном этапе обучение в высшем учебном заведении, особенно в медицинском, характеризуется высокими требованиями, усиленными умственными нагрузками, внедрением современной техники. В связи с этим у студентов возникают стрессы, которые ведут к изменениям в здоровье. Здоровье определяется, прежде всего, правильным и сбалансированным питанием. А в случае студентов-медиков питание не соответствует рациональному[1,4].

Цель исследования: гигиеническая оценка фактического питания студентов БГМУ методом частоты потребления.

Материалы и методы: проведено изучение и анализ фактического питания у 47 студентов Башкирского государственного медицинского университета методом частоты потребления [3]. При расчете химического состава суточного рациона питания студентов использовались справочные таблицы химического состава пищевых продуктов. Полученные данные оценены в соответствии с методическими рекомендациями МР 2.3.1.2432-08 [2].

Результаты и обсуждение. Анализ питания показал, что суточное потребление белков, жиров, углеводов, как у юношей, так и у девушек было ниже физиологической нормы. Содержание белка в среднем составило $44,2 \pm 3,7$ г/сутки; при этом у девушек - $42,2 \pm 4,0$ г/сутки при норме 61 г/сутки, то есть на $30,8 \pm 6,6\%$ ниже суточной потребности и составляет $5,99 \pm 0,57\%$ от суточной калорийности рациона при норме 12%. У юношей на долю белков приходится $51,3 \pm 8,5$ г/сутки при норме 72 г/сутки, что говорит о недостатке белков на $28,75 \pm 11,8\%$ суточной нормы, который равен $5,8 \pm 0,96\%$ (норма 12%).

Содержание жира в среднем составило $52,4 \pm 4,8$ г/сутки. У девушек $52,0 \pm 5,6$ г/сутки, что ниже физиологической нормы (67 г/сутки) на $22,4 \pm 8,4\%$ от суточной потребности; жиры у них составляют $16,6 \pm 0,2\%$ от суточной калорийности, вместо положенных 30%. У юношей это значение было равно $54,0 \pm 9,8$ г/сутки (норма 81 г/сутки), то есть ниже на $33,3 \pm 12,0\%$ физиологической потребности, оно составило $13,8 \pm 2,5\%$ от суточной калорийности вместо 30%. Содержание НЖК у юношей составило $15,8 \pm 2,9$ г/сутки, что соответствует $4,0 \pm 0,7\%$ от суточной калорийности рациона при норме 10%. У девушек количество НЖК составляет $15,2 \pm 1,6$ г/сутки, значение которого составляет $4,9 \pm 0,5\%$ от суточной калорийности при положенных 10%. Доля ПНЖК у юношей составила $14,6 \pm 3,2$ г/сутки, значение которого принимает $3,7 \pm 0,8\%$ от всей калорийности и в норме составляет 10%. У девушек количество ПНЖК было $13,4 \pm 1,6$ г/сутки, т.е. на долю ПНЖК приходится $4,3 \pm 0,5\%$ суточной калорийности рациона, при должных 10%.

Суточное потребление углеводов в среднем составило $299,4 \pm 25,1$ г/сутки; для девушек - $288,2 \pm 30,0$ г/сутки, что практически соответствовало физиологической потребности (289,0 г/сутки), на их долю приходилось $40,88 \pm 10,4\%$ суточной калорийности. Потребление углеводов у юношей было на уровне $340,6 \pm 36,4$ г/сутки при норме 358,0 г/сутки, что немного ниже физиологической потребности на $4,9 \pm 10,1\%$ и составляет $38,6 \pm 4,12\%$ от всей калорийности питания. При этом содержание простых сахаров у юношей составило $169,0 \pm 17,1$ г/сутки. А у девушек содержание сахара в рационе было равно $184,6 \pm 22,3$ г/сутки. Потребление полисахаридов у юношей составило $171,3 \pm 27,7$ г/сутки. У девушек количество полисахаридов было меньше и составило $103,4 \pm 12,8$ г/сутки. Содержание пищевых волокон в рационе юношей составляет $21,4 \pm 3,5$ г/сутки при норме 20 г/сутки, что в

целом соответствует физиологической норме; у девушек $17,2 \pm 2,1$ г/сутки при норме 20 г/сутки, что почти приближено к суточной норме.

В результате анализа содержания витаминов, отмечено, что у студенту получают 280 ± 40 мкг/сут витамина А, что ниже нормы (900 мкг/сут) на $68,9 \pm 4,4\%$. В рационе у юношей содержание витамина А составляет 390 ± 110 мкг/сут, что ниже суточной нормы на $56,7\% \pm 12,2\%$; у девушек содержание витамина А составило 250 ± 40 мкг/сутки при норме 900 мкг, что ниже суточной нормы на $72,2 \pm 4,4\%$. Содержание в рационе питания витамина А у девушек меньше, чем у юношей, но различие не достигло статистической достоверности. Поступление витамина В₁ у студентов было на уровне $0,77 \pm 0,07$ мг/сутки, т.е. на $48,7 \pm 4,6\%$ ниже суточной потребности (1,5 мг); у юношей этот же показатель составил $0,93 \pm 0,14$ мг/сут, что ниже нормы на $38,0 \pm 9,3\%$, у девушек содержание витамина в рационе составило $0,72 \pm 0,07$ мг/сутки, что ниже суточной нормы на $52,0 \pm 4,7\%$. Содержание витамина В₂ в рационе студентов было $1,00 \pm 0,9$ мг/сутки при норме 1,8 мг, т.е. на $44,4 \pm 5,0\%$ ниже суточной потребности. Количество витамина В₂ у юношей составило $1,02 \pm 0,18$ мг/сутки при норме 1,8 мг, то есть отмечен недостаток на $43,3 \pm 10\%$; у девушек было $0,99 \pm 0,10$ мг/сутки, что на $44,5 \pm 5,5\%$ ниже суточной нормы. Значение содержания витамина В₂ в рационе питания у юношей и девушек одинаково, а содержание витамина В₁ у юношей выше, чем у девушек, при этом различия являются статистически незначимыми. Количество ниацина в рационе у студентов установлено в пределах $8,18 \pm 0,65$ мг/сут, что ниже суточной нормы на $54,2 \pm 3,3\%$ (норма 20 мг), содержание ниацина в рационе юношей составило $9,16 \pm 1,26$ мг/сутки, что ниже суточной нормы на $54 \pm 6,5\%$, а у девушек также наблюдается недостаток витамина, количество его составило $7,92 \pm 0,75$ мг/сут, что ниже на $60,4 \pm 3,8\%$. Содержание витамина С в рационе у студентов отмечено на уровне $8,03 \pm 12,0$ мг/сут, что ниже нормы (90 мг) на $7,8 \pm 14,4\%$. Количество витамина С у юношей было $109,0 \pm 40,0$ мг/сутки, что выше суточной нормы на $21,1 \pm 44,4\%$; у девушек в рационе его содержание составило $76,0 \pm 11,0$ мг/сутки и было ниже суточной нормы на $15,9 \pm 12,2\%$. Показатели содержания β-каротина в суточном рационе у студентов составили $2,1 \pm 0,3$ мг/сут (при норме 5,0 мг/сут), что ниже нормы на $58,0 \pm 5,0\%$. У юношей этот показатель составил $1,1 \pm 0,2$ мг/сут, что также ниже нормы на $88,0 \pm 4,0\%$, а у девушек - $2,32 \pm 0,36$ г/сут, что определяет недостаток на $53,6 \pm 7,2\%$. Таким образом, содержание витаминов в рационе у студентов, как у юношей, так и у девушек находится на уровне ниже нормы.

Минеральный состав рациона питания студентов имеет свои особенности. Содержание Са в рационе студентов составило $648,0 \pm 60,0$ при норме 1000,0 мг/сут, что ниже нормы на $35,2 \pm 6,0\%$. У юношей показатель Са составил $620,0 \pm 110,0$ мг/сут, а у девушек отмечен

недостаток на $66,0 \pm 11,0\%$, что соответствует значению $660,0 \pm 70,0$ мг/сут. Количество Fe в составе пищи у юношей составило $1,44 \pm 0,20$ мг/сут., что отличается от нормы в 10 мг/сут на $85,6 \pm 2,0\%$. У девушек выявлен выраженный недостаток железа на $92,8 \pm 0,7\%$ от суточной потребности, содержание его составило $1,33 \pm 0,14$ мг/сут при норме в 18 мг/сут. Значение содержания Mg составляет в рационе у студентов $240,0 \pm 20,0$ мг/сут (норма $400,0$ мг/сут), что ниже нормы на $40,0 \pm 5,0\%$. У юношей содержание в рационе Mg составило $260,0 \pm 40,0$ мг/сут, т.е. отмечен недостаток на $35,0 \pm 10,0\%$. В рационе у девушек показатель Mg принял значение $230,0 \pm 40,0$ мг/сут, что ниже физиологической нормы на $42,5 \pm 10,0\%$. В рационе у студентов содержание P составило $830,0 \pm 70,0$ мг/сут, что превышает норму в $800,0$ мг/сут на $3,75 \pm 8,75\%$. Количество P у девушек также не соответствует норме и выше ее на $1,25 \pm 10,0\%$ и составляет $810,0 \pm 80,0$ мг/сут а у юношей превышает суточную норму на $11,3 \pm 18,8\%$ и имеет значение $890,0 \pm 150,0$ мг/сут. Содержание Na в рационе студентов составляет $2380,0 \pm 220,0$ мг/сут при норме 1300 мг, что превышает норму на $83,1 \pm 16,7\%$. В рационе у юношей Na составил $2840,0 \pm 610,0$ мг/сут, что выше нормы на $90,8 \pm 46,9\%$. У девушек показатель Na имеет значение $2260,0 \pm 240,0$ мг/сут, что превышает норму $73,8 \pm 18,5\%$. Содержание K в рационе студентов $2460,0 \pm 220,0$ мг/сут, что не соответствует норме в 2500 мг/сут. У юношей значение K составило $2340,0 \pm 220,0$ мг/сут, что указывает на недостаток на $6,4 \pm 8,8\%$. У девушек в рационе показатель K принял значение $2480,0 \pm 260,0$ мг/сут, что ниже нормы всего на $0,8 \pm 10,4\%$.

Заключение и выводы: В результате анализа суточных рационов студентов медицинского ВУЗа частотным методом установлено, что содержание белков в суточном рационе у участников ниже нормы. Жиров в рационе у них также недостаточно, при этом ниже нормы содержание как насыщенных, так и полиненасыщенных жирных кислот. Углеводы, как простые сахара, так и полисахариды практически соответствуют норме. Количество пищевых волокон также в пределах суточной потребности. Нами было выявлено, что содержание всех витаминов в рационе студентов было ниже нормы. Что касается содержания минеральных веществ, то поступление Ca, Mg, Fe, K было ниже нормы, а минералы Na и P немного превышали физиологическую потребность. Таким образом, рацион студентов не соответствует требованиям к рациональному питанию. Это говорит о необходимости оптимизации их питания.

Литература

1. Кучма В.Р., Блинова Е.Г., Оглезнев Г.А. Основы рационального питания и гигиеническая оценка питания студентов: монография. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2007. – 174 с.

2 Методические рекомендации «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» // Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко 18.12.2008 г. - № 2.3.1.2432-08. М., 2008. – 41 с.

3. Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания. М, 1996.

4. Петрова, Т.Н. Оценка фактического питания студентов медицинского вуза: проблемы и пути их решения / Т.Н. Петрова, А.А. Зуйкова, О.Н. Красноруцкая // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. - №2. – С.72-77.

УДК: 613.96

А.А. Арсланов, А.И. Насифуллин
СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТРОПОМЕТРИЯ УЧЕНИКОВ ШКОЛ ГОРОДА УФЫ
ОРДЖОНИКИДЗЕВСКОГО РАЙОНА

Кафедра общей гигиены с экологией с курсом гигиенических дисциплин,
Башкирский Государственный Медицинский Университет, г.Уфа

Резюме: Проведено анкетирование учащихся 5 и 11 классов МАОУ «СОШ №71» и МАОУ «СОШ№99» г. Уфа, в дальнейшем проведена статистическая обработка в программе MS Excel 2013. Выявлены закономерности развития детей в средних общеобразовательных учреждениях в разных частях одного района.

Ключевые слова: средние общеобразовательные учреждения, анкетирование, физическое развитие, экология.

A.A. Arslanov, A.I. Nasifullin
COMPARATIVE ANTHROPOMETRY OF SCHOOL STUDENTS OF UFA
ORDZHONIKIDZE DISTRICT.

Department of general hygiene with ecology of human,
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Abstract: A questioning of students of 5 and 11 grades of MBOU «School №71» and MBOU"SOSSH№99" Ufa. Performed a statistical processing in MS Excel 2013. Revealed the regularities of child development in middle educational institutions in different parts of the district.

Keywords: secondary educational institutions, questionnaires, physical development, ecology.

Актуальность: Социально-гигиенические исследования свидетельствуют, что показатели физического развития характеризуют состояние здоровья населения. Детский организм обладает наибольшей пластичностью, поэтому он обладает высокой способностью меняться под влиянием различных экзо и эндогенных факторов. Тесная связь физического развития и состояния здоровья человека определяет необходимость изучения темпов развития организма при оценке влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье населения.

Материалы и методы: Объектом исследования являлись 111 учеников средних образовательных учреждений. Анкетирование проводилось с помощью стандартного опросника, статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи электронных таблиц MS Excel 2013.

Во время анкетирования были исследованы следующие параметры: рост, масса тела, объем грудной клетки, ЖЕЛ, проба Эрисмана, индекс массы тела. Так же в анкету был включен пункт о наличии хронических заболеваний.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было проведено анкетирование учащихся 5 и 10 классов двух средних общеобразовательных учреждений. Таким образом, была получена информация о конституции тела учеников двух школ, расположенных в одном районе, но географически отдаленных друг от друга. МАОУ «СОШ №99», расположенная по адресу ул. Блюхера, 9, и МАОУ «СОШ №71», расположенная по адресу ул. Дмитрия Донского, 87. Были получены следующие результаты.

В МАОУ «СОШ №71» у учеников были выявлены следующие средние значения изученных показателей.

Таблица 1.

Значения средних показателей физического развития учеников 5кл, школа №71.

	Рост	Масса тела	Объем грудной клетки	ЖЕЛ	Индекс Эрисмана	ИМТ
Среднее значение (общ.)	150,68	43,35	74,31	2,09	-1,03	19,06
Среднее значение (муж.)	151,33	43,47	72,4	2,18	-3,26	18,9
Нормальный показатель (муж.)	140,1	34,4	67,3	2,1	-2,75	17,52
Среднее значение (жен.)	150,11	43,25	76	2,01	0,94	19,20
Нормальный показатель (жен.)	142,9	35,6	67,3	1,8	-4,15	17,43

Так же, в вопросе о наличии хронических заболеваний, были указаны плоскостопие, кариес.

Таблица 2.

Значения средних показателей физического развития учеников 10кл, школа №71.

	Рост	Масса тела	Объем грудной клетки	ЖЕЛ	Индекс Эрисмана	ИМТ
Среднее значение (общ.)	166,28	59,80	74,31	2,09	-1,03	19,06
Среднее значение (муж.)	174,5	70,23	72,4	2,18	-3,26	18,9
Нормальный показатель (муж.)	168,8	59,4	91,8	4,04	4,55	20,84
Среднее значение (жен.)	161,15	53,29	83,43	2,41	2,85	20,36
Нормальный показатель (жен.)	161,1	55,6	80,5	2,8	-0,05	21,42

В пункте «хронические заболевания» были внесены следующие заболевания: миопия, сколиоз, плоскостопие, гастрит.

Средние параметры как учащихся 5 классов, так и 10 классов школы №71 выше нормы, что говорит об ускоренном и усиленном физическом развитии организма. Хронические заболевания в основном относятся к списку типичных для СОШ.

Таблица 3.

Значения средних показателей физического развития учеников 5кл, школа №99.

	Рост	Масса тела	Объем грудной клетки	ЖЕЛ	Индекс Эрисмана	ИМТ
Среднее значение (общ.)	148,58	42,63	70,96	1,93	-3,25	19,15

Среднее значение (муж.)	147,66	43,5	72,36	2,0	-1,22	19,84
Нормальный показатель (муж.)	140,1	34,4	67,3	2,1	-2,75	17,52
Среднее значение (жен.)	149,15	42,08	70,15	1,88	-4,42	18,72
Нормальный показатель (жен.)	142,9	35,6	67,3	1,8	-4,15	17,43–

Так же, в вопросе о наличии хронических заболеваний, были указаны те же заболевания, что и у детей 5 классов в 71 школе.

Таблица 4.

Значения средних показателей физического развития учеников 10кл, школа №99.

	Рост	Масса тела	Объем грудной клетки	ЖЕЛ	Индекс Эрисмана	ИМТ
Среднее значение (общ.)	172,18	65,05	82,81	2,04	5,43	21,82
Среднее значение (муж.)	176,71	71,47	85,92	2,02	5,64	22,87
Нормальный показатель (муж.)	168,8	59,4	85,5	3,8	1,1	20,84
Среднее значение (жен.)	164,25	53,83	77,37	2,06	5,06	19,98
Нормальный показатель (жен.)	161,1	55,6	80,5	2,8	-0,05	21,42

Школа №99 расположена в центральной части города, в нескольких кварталах от неё находится проспект Октября – главная четырёх полосная дорога, фактически соединяющая весь город. Это может быть потенциальным загрязнителем атмосферы, вызывавшим нарушения в физическом развитии детей.

У учеников в этой школе выявлены отклонения от нормы физического развития. Такие конституционные показатели, как рост и вес на среднем уровне, однако показатели ЖЕЛ имеют крайние отклонения. Возрастает количество детей, имеющих заболевания нервной (ВСД, неврозы), сердечно-сосудистой (ангиопатия, анемия, спазмы сосудов) и пищеварительной (гастрит, ДЖВП, аллергии) систем. Большие автомобильные дороги загрязняют атмосферу сильнее, чем промышленная зона с расположенными в ней автомастерскими и пр. На основании этого можно сделать предположение, что ученики росли в экологически загрязненных районах.

Школа №71 расположена в отдаленной части города, практически на её окраине. Рядом с ней не проходит крупных дорог, однако рядом есть промзона – кварталы автомастерских и гаражей для автомобилей.

Ученики 10 класса школы №71 имеют более высокие показатели роста, веса, объема грудной клетки и ЖЕЛ, чем у учеников 10 класса школы №99. У детей редкие случаи хронических заболеваний, и они не имеют потенциальной связи с географическим расположением школы (сколиозы, грыжи, миопия, заболевания нервной системы). Однако у 3 детей был отмечен эндемический зоб, что вызвано низким содержанием йода в среде.

Результаты и выводы:

1. На здоровье детей существенно влияет географическое положение образовательного учреждения, в котором они учатся.
2. В школах, расположенных рядом с крупными дорогами, количество больных детей больше, чем в школах, расположенных рядом с промышленными предприятиями (автомастерскими, гаражами и т.д).

Литература

1. В.М. Глиненко Гигиена и экология человека. – МИА, Москва, 2010 – 506-520с.
2. Погорелова И.Г., Попов И.П. Методы изучения и оценки физического развития индивидуума и детских организованных коллективов: учебно-методическое пособие / Иркутск: Издательство ИГМУ, 2010 г. 59 с.
3. <https://maps.google.ru/>

УДК 616.34(470.57)

А.В. Андреева

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ
ДЕТЕЙ 0 – 14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Кафедра эпидемиологии, Башкирский Государственный Медицинский
Университет, г. Уфа**

Резюме: проведен анализ многолетних проявлений распространенности и первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения (XI класс МКБ - X) среди детей 0 – 14 лет на территории РБ и г. Уфа за 2000 – 2014 гг.

Ключевые слова: болезни органов пищеварения, дети, первичная заболеваемость, распространенность.

A.V. Andreeva

**INCIDENCE OF DISEASES OF DIGESTIVE ORGANS AMONG CHILDREN OF
0 - 14 YEARS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

Department of epidemiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the analysis of long-term manifestations of prevalence and primary incidence of diseases of digestive organs (XI class ICD-10) among children of 0 - 14 years in the territory of the Republic of Bashkortostan and Ufa for 2000 - 2014 is carried out.

Keywords: diseases of the digestive organs, children, primary incidence, prevalence.

Актуальность: здоровье детей в значительной мере определяет интегральный показатель качества здоровья и составляет фундаментальную основу для формирования потенциала здоровья взрослых членов общества, являющегося важнейшим фактором и главным условием успешного реформирования общества [3]. Заболевания органов пищеварения у детей занимают ведущее место в структуре соматической патологии детского возраста [1]. В Республике Башкортостан болезни органов пищеварения в структуре общей заболеваемости среди детей находятся на 2-м месте [4]. В РФ этой группе заболеваний принадлежит также 2-е ранговое место в структуре общей заболеваемости детского населения. Уровень заболеваемости детей болезнями органов пищеварения в 2013 году составил 14048,1 на 100000 населения [2].

Цель исследования: изучить распространенность и первичную заболеваемость болезнями органов пищеварения (XI класс МКБ - X) среди детей 0 – 14 лет на территории РБ и г. Уфа.

Материалы и методы: эпидемиологические проявления первичной заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения (XI класс МКБ - X) среди детей 0 – 14 лет изучались в период 2000 – 2014 гг. на территории РБ и г. Уфа. Материалы получены из отчетной формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2000 – 2014 гг. Проявления первичной заболеваемости и распространенности изучены в динамике, по среднемноголетним данным (2000 – 2014 гг.), в отдельные периоды наблюдений, а также проанализирована структура заболеваемости. Полученные результаты подвергались статистической обработке с использованием MOExcel 2007. Определялись средние величины и их ошибки, достоверность различий в показателях оценивалась методом доверительных интервалов.

Результаты и обсуждение: в анализируемом материале представлены не все нозологические формы, входящие в XI класс МКБ - X, которые, безусловно, являются основной составляющей этой патологии и занимают весомую долю в структуре класса болезней (XI класс МКБ - X): это болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (K00 – K14), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (K20 – K23, K27 – K28, K30), болезни аппендикса (червеобразного отростка) (K35 – K38), болезни брюшины (K66 – K67), другие болезни органов пищеварения (K90 – K93), а представлены язва желудка и двенадцатиперстной кишки (K25 – K26), гастрит и дуоденит (K29), грыжи (K40 – K46), неинфекционный энтерит и колит (K50 – K52), другие болезни кишечника (K55 – K63), геморрой (K64), перитонит (K65), болезни печени (K70 – K77), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и болезни поджелудочной железы (K80 – K87), функциональные расстройства желудка (K31).

Средние многолетние показатели первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения (XI класс МКБ - X) среди детей оказались значимо выше (0,05) в РБ ($119,75 \pm 0,2\%$), по сравнению с г. Уфа ($103,92 \pm 0,4\%$). Напротив, средние многолетние показатели распространенности оказались выше в г. Уфа ($329,09 \pm 0,6\%$), чем в РБ ($241,84 \pm 0,3\%$).

Так как г.Уфа по численности населения занимает $\frac{1}{4}$ РБ, для адекватного сравнения показателей мы выделили РБ без учета г. Уфа, условно обозначив как РБ (а).

Средний многолетний уровень первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения (XI класс МКБ - X) среди детей оказался значимо выше в РБ (а) ($124,26 \pm 0,2\%$), по сравнению с таковым г. Уфа ($103,92 \pm 0,4\%$). По уровню распространенности г. Уфа ($329,09 \pm 0,6\%$) значимо лидировал, чем РБ (а) ($217,01 \pm 0,3\%$).

Анализ многолетней динамики первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения (XI класс МКБ - X) показал, что в г. Уфа и РБ (а) сформирован благоприятный тип тенденции к снижению уровня, однако ее характер в г. Уфа был выраженным (Тсн. = 5,6%), а в РБ (а) – умеренный (Тсн. = 4,7%). Такие же закономерности по изменению в многолетней динамике определены в показателях тенденции по распространенности (г. Уфа Тсн. = 9,9%, РБ (а) Тсн. = 3,6%), однако в г. Уфа ее характер носил выраженное изменение.

По характеру многолетней динамики первичной заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения (XI класс МКБ - X) выявлены различные периоды, отличающиеся по интенсивности. I период (2000 – 2002 гг.) – нарастание уровня заболеваемости, II (2003 – 2009 гг.) и III периоды (2010 – 2014 гг.) – снижение заболеваемости. Во всех периодах исследования показатели первичной заболеваемости в РБ (а) (I период – $182,70 \pm 0,5\%$, II период – $109,57 \pm 0,3\%$, III период – $100,41 \pm 0,4\%$) оказались значимо выше ($p \leq 0,05$) показателей в г. Уфа (I период – $148,92 \pm 0,9\%$, II период – $103,24 \pm 0,6\%$, III период – $73,07 \pm 0,6\%$). Напротив, уровни распространенности в г. Уфа имели диаметрально противоположный характер (I период – $664,70 \pm 1,3\%$, II период – $253,52 \pm 0,8\%$, III период – $193,63 \pm 0,9\%$), по сравнению с РБ (а) (I период – $287,72 \pm 0,6\%$, II период – $202,73 \pm 0,4\%$, III период – $183,14 \pm 0,5\%$) (рис.1). Такие отличия могут быть связаны с различиями по территориям в качестве проведения диспансерного наблюдения детей с выявленной патологией, что требует дальнейшего изучения.

Структура болезней органов пищеварения, обозначенная в отчетном документе, была представлена 11 нозологическими формами, среди которых были выделены и сгруппированы болезни гастродуоденальной зоны (ГДЗ – язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит и дуоденит, функциональные расстройства желудка) и гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ – болезни печени, болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей, болезни поджелудочной железы).

Средние многолетние уровни болезней ГДЗ по первичной заболеваемости (г.Уфа – $22,6 \pm 0,2\%$, РБ (а) – $22,47 \pm 0,1\%$) были значительно выше ($p \leq 0,05$) таковых болезней ГПБЗ (г. Уфа – $8,06 \pm 0,06\%$, РБ (а) – $20,4 \pm 0,2\%$). По распространенности были определены такие же закономерности: средние многолетние уровни болезней ГДЗ составили в г.Уфа - $69,6 \pm 0,3\%$ и в РБ (а) – $49,6 \pm 0,2\%$, а болезней ГПБЗ - в г. Уфа – $60,62 \pm 0,3\%$, РБ (а) – $27,23 \pm 0,1\%$.

Среди болезней органов пищеварения (XI класс МКБ - X), обозначенных в отчетной форме №12, по первичной заболеваемости наибольшая доля была определена по болезням ГДЗ (г. Уфа – 44,7%, РБ (а) – 57,4%). Так же и в распространенности наибольшая доля приходилась на патологию ГДЗ (г. Уфа – 47,07%, РБ (а) – 56%).

В структуре болезней ГДЗ доля гастрита и дуоденита как по первичной заболеваемости, так и по распространенности на изучаемых территориях варьировала от 60 до 90% и составляла по первичной заболеваемости в г. Уфа – 82,2%, РБ (а) – 62,8%, по распространенности в г. Уфа – 92,6%, РБ (а) – 81%.

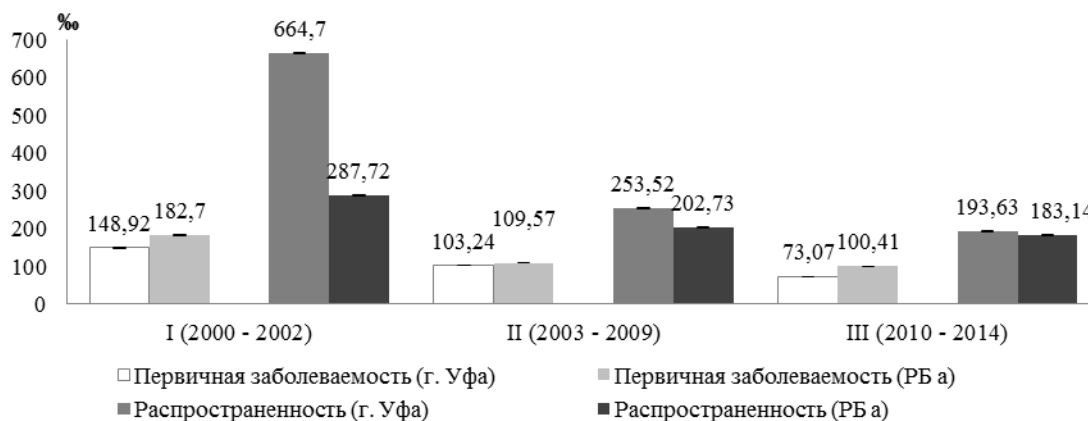


Рис.1. Средние многолетние уровни первичной заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения (XI класс МКБ - X) среди детей 0 - 14 лет в различные периоды исследования

Заключение и выводы: эпидемиологические проявления болезней органов пищеварения среди детей 0 – 14 лет на территории РБ и г. Уфа характеризуются высокой первичной заболеваемостью и многократным превалированием показателей распространенности на фоне благоприятных изменений характера эпидемических тенденций. Указанное определило изменение структуры заболеваемости и распространенности с формированием весомой доли болезней ГДЗ и ГПБЗ, как в РБ (а), так и в г. Уфа. Выявленные закономерности диктуют необходимость продолжения исследований по определению причин и условий формирования заболеваемости детей 0 – 14 лет, качества диспансерного наблюдения, что позволит оптимизировать систему эпидемиологического надзора за указанным классом болезней.

Литература

1. Зиатдинова, Н.В., Адельшина Э.Н., Маланичева Т.Г. Частота и структура заболеваний органов пищеварения у детей дошкольного возраста // Практическая медицина. 2011. №48. С. 105 – 107.
2. Леонов, С.А., Сон И.М., Вайсман Д.Ш. Основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации в 2012-2013 годах // Менеджер здравоохранения. 2014. №9. С. 6 – 19.
3. Ливщиц С.А., Нагорная О.В. Анализ состояния здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста на современном этапе // Современные проблемы науки и образования. 2013. №2. С. 1 – 7.

4. Яковлева Л. В. Изотова Л. Д. Состояние здоровья детей в Республике Башкортостан // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014. №24 (195). Выпуск 28. С. 112 – 118.

УДК 613.956:616-053.4-073

А.И. Агафонов, А.Т. Нуриева, Л.В. Ефимова

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ
РЕЖИМА ДНЯ СТУДЕНТОВ БГМУ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ВИДА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ**

**Кафедра общей гигиены с экологией, Башкирский государственный медицинский
университет, г.Уфа**

Резюме: Проведена гигиеническая характеристика отдельных компонентов режима дня студентов педиатрического факультета БГМУ в зависимости от уровня двигательной активности. Установлено, что студенты, не занимающиеся спортом, достоверно больше свободного от учебы времени проводят за компьютером, меньше времени уделяют подготовке к учебным занятиям, меньше проводят времени на свежем воздухе, в отличие от занимающихся спортом.

Ключевые слова: студенты, физическая активность, режим дня.

A.I. Agafonov, A.T. Nuriyeva, L.V. Efimova

**HYGIENIC CHARACTERISTICS OF CERTAIN COMPONENTS OF THE MODE
OF STUDENTS BSMU DEPENDING ON THE TYPE MOTOR ACTIVITY.**

The Department of General hygiene with ecology, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: Spend the hygienic characteristics of the individual components of the regime of the day students of pediatric faculty of Bashkir State Medical University, depending on the level of physical activity. It was found that students who are not involved in sports, significantly more free time from studies carried out at the computer less time to devote to the preparation of training sessions, spend less time outdoors, as opposed to going in for sports.

Keywords: students, physical activity, day mode.

Актуальность: В настоящее время в России система получения основного и специального образования построена таким образом, что условия пребывания обучающихся в школе и вузе являются одними из ведущих факторов снижения уровня здоровья подрастающего поколения. Исследования НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков показали, что вариативность форм современного образования сопровождается непрерывным увеличением суммарной учебной нагрузки (плотность занятий до 95% при норме 60-80%).

Студенческая молодежь выделяется, как особая профессиональная группа, характерной особенностью которого в последние годы является недостаточный объем двигательной активности [1,3,4]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, доля учащихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, составляет 52,7% численности данной категории населения [2].

Цель исследования: дать гигиеническую характеристику отдельных компонентов режима дня студентов БГМУ в зависимости от уровня двигательной активности.

Материалы и методы: Исследования были проведены осенью 2015 года на базе Башкирского государственного медицинского университета. Методом одномоментного анкетирования исследованы социально-гигиенические факторы, определяющие состояние здоровья студентов. Всего опрошено 100 студентов 3 курса педиатрического факультета БГМУ.

В соответствии с целью исследования все обследуемые были разделены на 2 группы: 1 группа - студенты, занимающиеся спортом вне университетской программы, двигательная активность которых была наибольшей; 2 группу составляли лица, которые не занимались спортом вне университетской программы.

В ходе анализа были рассчитаны средние величины, ошибки средних величин, достоверность различий показателей определялась по критерию Стьюдента. Результаты исследований считались достоверными, если их доверительная вероятность была не менее 95% (уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение: Материалы анкетирования показали, что менее половины обучающихся (36%) в свободное от учебы время занимаются в различных спортивных секциях, делают ежедневную утреннюю гимнастику и дополнительно самостоятельно занимаются активными видами отдыха (бег, игра в хоккей, футбол и др.) (1-я группа). Остальная, большая часть студентов (64%) ограничиваются только занятиями на уроках физической культуры (2-я группа).

При анализе режима дня установлено, что студенты 2-й группы, не занимающиеся спортом, достоверно больше тратят свободное время на длительный просмотр телевизионных программ ($14,06 \pm 4,34$ по сравнению с $2,78 \pm 0,74$ в 1-й группе; $p < 0,05$), чаще нарушают режим сна ($69,44 \pm 7,68$ и $30,56 \pm 2,79$ соответственно) в отличие от 1-й группы.

Переходя к другим компонентам режима дня отмечено, что студенты 2-й группы меньше времени расходуют на приготовление домашнего задания (более 3 часов) по сравнению с 1-й исследуемой группой ($25,0 \pm 0,41\%$ и $41,67 \pm 8,22\%$ соответственно). Достаточно длительные прогулки на открытом воздухе более 2 часов достоверно чаще

имеют студенты 1-й группы в отличие от 2-й ($47,22 \pm 8,32\%$ по сравнению с $26,56 \pm 5,52\%$; $p < 0,05$). В то же время многие студенты 1-й группы меньше времени проводят за компьютером: $8,33 \pm 4,6\%$ обследованных в 1-ой группе по сравнению с $14,06 \pm 4,35\%$ во 2-ой.

На следующем этапе мы провели более углубленный опрос среди студентов 1-й группы, занимающихся спортом, с целью выяснения характера занятий спортом в различных секциях. Было установлено, что обследованные студенты имеют различную регулярность занятий спортом. Ежедневно занимаются спортом $5,56 \pm 3,82\%$ студентов. Достаточно часто (3 раза в неделю) занимаются $22,22 \pm 6,93\%$, 2 раза в неделю $38,89 \pm 8,12\%$ обучающихся. Остальные $5,56 \pm 3,82\%$, студентов занимаются 1 раз в неделю.

Для суммарной двигательной активности большое значение имеет не только регулярность, но также продолжительность занятий спортом. Доля студентов, имеющих длительность тренировок менее 1 часа, была $11,11 \pm 5,24\%$. Длительность занятий продолжительностью 1 час – $36,11 \pm 8,00\%$; 2 часа – $19,44\% \pm 6,59$ и более 2-х часов – $5,56 \pm 3,82$. Что касается общего стажа занятий спортом, то менее 1 года занимаются $13,89 \pm 5,76\%$ обучающихся, 1 год – $11,11 \pm 5,24\%$, 2 года – $22,22 \pm 6,93\%$, 2 года и более – $52,78 \pm 8,32\%$ студентов.

Установлено, что большая часть студентов занимающихся спортом (1-й группа) не участвуют в соревнованиях ($55,56 \pm 8,28\%$) и не имеют спортивного разряда ($77,78 \pm 6,93\%$). Двигательную активность они поддерживают за счет активных видов отдыха (бег, игра в хоккей, футбол и др.) и утренней гимнастики.

Заключение и выводы: Таким образом, анализ отдельных компонентов режима дня студентов показал, что обучающиеся 2-й группы (не занимающиеся спортом), занимаются в основном пассивными видами отдыха (просмотром телевизионных передач, занятием за компьютером), чаще нарушают режим сна, меньше времени проводят на открытом воздухе по сравнению со студентами 1-й группы (занимающиеся спортом). Это говорит о том, что студенты, не занимающиеся спортом, имеют нерациональный режим дня.

Литература

1. Агафонов, А.И. Характеристика образа жизни студентов медицинского университета в зависимости от уровня двигательной активности / А.И. Агафонов, А.Т. Зулкарнаева, Е.А. Поварго // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Том 9. - № 3. – С. 23-26.
2. Доклад министра спорта Российской Федерации В. Мутко на «Парламентском часе» в Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации 11 октября

2013 г. Available at: <http://www.minsport.gov.ru/press-centre/speeches/5003>.

3. Кожевникова, Н.Г. Гигиенические аспекты формирования здорового образа жизни студентов / Н.Г. Кожевникова, В.А. Катаева // Гигиена и санитария. – 2011. – №6. – С.48-51.

4. Сахарова, О.Б. Влияние социально-гигиенических факторов образа жизни на состояние здоровья студентов / О.Б. Сахарова, П.Ф. Кику, Т.В. Горборукова // Гигиена и санитария. – 2012. - №6. – С. 54-58.

УДК 616-036.22

А. М. Абдуллина

**НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ НА
ТЕРРИТОРИИ РБ И Г. УФА В 2000-2014 ГГ.**

**Кафедра эпидемиологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г.Уфы**

Резюме: В работе приведены данные про проявлению первичной заболеваемости и распространенности болезней системы кровообращения среди лиц 18 лет и старше на территории г.Уфа и РБ. Определены наиболее высокие уровни первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, цереброваскулярных заболеваний, и ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, распространенность, болезни системы кровообращения

A.M.ABDULLINA

**SOME EPYDEMIC MANIFESTATION OF DISEASES OF BLOOD CIRCULATION
SYSTEM AMONG PERSONS 18 YEARS OF AGE AND OLDER ON THE TERRITORY
OF THE REPUBLIC BASHKORTOSTAN AND UFA IN 2000-2014 YEARS.**

Department of Epidemiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: This paper presents data about the manifestation of primary morbidity and prevalence of diseases of blood circulation system among persons 18 years of age and older on the territory of Ufa and the Republic Bashkortostan (RB). Identified the highest levels of of primary morbidity and prevalence of diseases characterized by high blood pressure, cerebrovascular diseases, and ischemic heart disease.

Keywords: primary morbidity, prevalence, diseases of blood circulation system

Актуальность: Болезни системы кровообращения (БСК) со второй половины XX века представляют одну из важнейших проблем медицинской практики во всех экономически развитых странах в связи с ростом частоты их встречаемости, тяжестью течения и высоким риском развития неблагоприятных исходов [5,2]. В Российской Федерации БСК (IX класс МКБ-Х) занимают ведущее место в структуре причин смертности и инвалидности и составляют более трети всех смертей в трудоспособном возрасте, нанося огромный экономический и социальный ущерб [1,7,9, 10]. Проблема повсеместного распространения

привела ВОЗ к необходимости повысить приоритетность программ по профилактике, контролю и мониторингу распространения различных факторов риска [8]. На государственном уровне в современных условиях повышения качества оказания медицинской помощи придается большое значение изучению проявлений заболеваемости и факторам риска с целью разработки мероприятий по борьбе с БСК [3,4,6].

Цель исследования: Изучить особенности проявления заболеваемости БСК (IX класс МКБ-Х) среди лиц 18 лет и старше на территории РБ и города Уфа в 2000-2014 гг. Определить нозологические формы риска и время риска, для оптимизации системы эпидемиологического надзора.

Материалы и методы: Данные о случаях заболеваний БСК (IX класс МКБ-Х) получены из учётной формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации за 2000-2014 года». Проявления заболеваемости и распространенности изучались в динамике, по среднемноголетним данным (2000-2014 гг.), а так же в отдельные периоды наблюдений в целом в РБ и г.Уфы. Проведена оценка среднемноголетнего уровня заболеваемости, определен характер тенденции. Полученные результаты подвергались статистической обработке с использованием MS Office Exsel 2007. Достоверность различия оценивалась методом доверительных интервалов. Результаты, имеющие вероятность ошибки ($p < 0,05$) характеризовались как статистически значимые. Информация о численности населения за исследуемый период получена из Территориального отдела Федеральной службы Государственной статистики по РБ.

Результаты и обсуждение: Средний многолетний уровень распространенности БСК (IX класс МКБ-Х) среди лиц 18 лет и старше на территории РБ, г.Уфа за 2000-2014 гг. был значительно выше первичной заболеваемости в 6 раз по г.Уфа, и в 8 раз по РБ. Т.к. население г. Уфа составляет около 1/3 всего населения РБ, для объективизации и уменьшения искажения данных было проведено вычленение данных г.Уфа из республиканских показателей (РБ(А)). В РБ(А) характер соотношений показателей распространенности и первичной заболеваемости был таким же. Указанное свидетельствует, что для БСК наиболее характерно хроническое течение, что увеличивает возможность формирования высоких показателей распространенности.

Многолетние проявления первичной заболеваемости как в РБ, так и по г.Уфа, характеризовались умеренными близкими по значениям тенденциями роста показателей в РБ и г.Уфа 4,39% и 4,48% соответственно. Однако в проявлениях распространенности БСК темп

прироста изменения показателей был выраженным (5,72%) в РБ и умеренным в г.Уфа (4,23%).

Проявления многолетней динамики заболеваемости, позволили выделить 3 периода, отличающиеся по интенсивности (2000-2004,2005-2010,2011-2014гг.), в которых к конечному периоду определено увеличение показателей первичной заболеваемости, характерное для всех изучаемых территорий. Во все периоды наблюдения уровень первичной заболеваемости в РБ(А) был выше, чем в г.Уфа. В показателях распространенности таких закономерностей не определено в 2000-2010гг, в отличии от 2011-2014 гг., когда распространенность БСК в РБ(А) оказалась значимо ($P<0,05$) выше, чем в г.Уфа (рис.1).

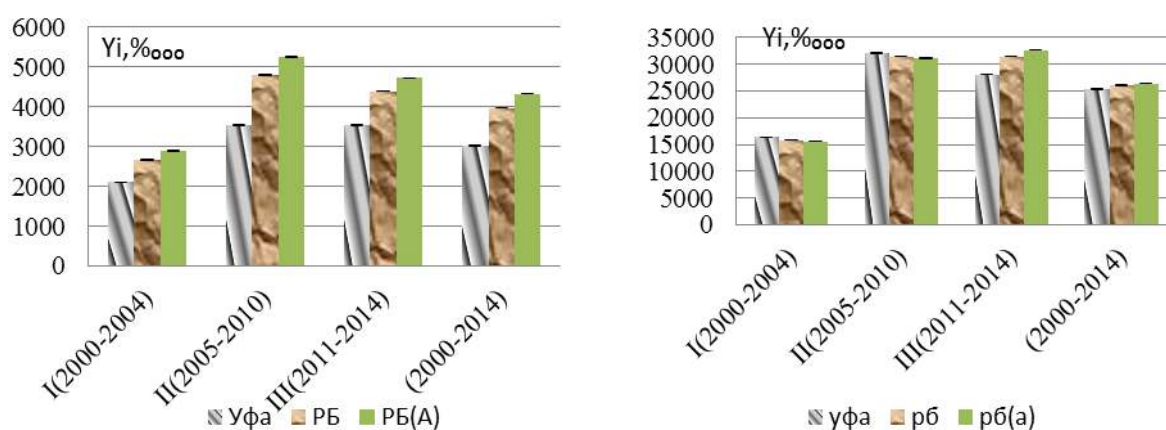


Рис.1.Первичная заболеваемость и распространенность БСК (IX класс МКБ-Х) среди лиц 18 лет и старше на территории РБ и г. Уфа в различные периоды времени.

В последнем периоде(2011-2014гг.) первичная заболеваемость и распространенность возросла более чем 2 раза на всех исследуемых территориях по сравнению с началом наблюдения, что свидетельствует о улучшении выявления БСК после введения ряда различных нормативно-регламентирующих документов.

В структуре первичной заболеваемости БСК наибольшую долю составляют болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, что было характерно для РБ - 33,98%, г.Уфа - 22,67% и РБ(А) - 37,39%. Более высокие значения доли болезней характеризующиеся повышенным кровяным давлением были определены в показателях распространенности в РБ - 44,30%, г.Уфа - 39,26%, РБ(А) - 45,95%. Второе ранговое место в структуре БСК занимает ишемическая болезнь сердца при первичном выявлении в РБ – 28,24%, г.Уфа - 31,76%, РБ(А) - 27,18%, в распространенности для РБ – 21,55%, г.Уфа – 22,42%, РБ(А) – 21,26%). На третьем месте в структуре первичной заболеваемости и распространенности - цереброваскулярные болезни (соответственно 23,14% и 24,27% - для РБ, 26,72% и 29,63% - г.Уфа, 22,05% и 22,52% - РБ(А)) (рис.2).

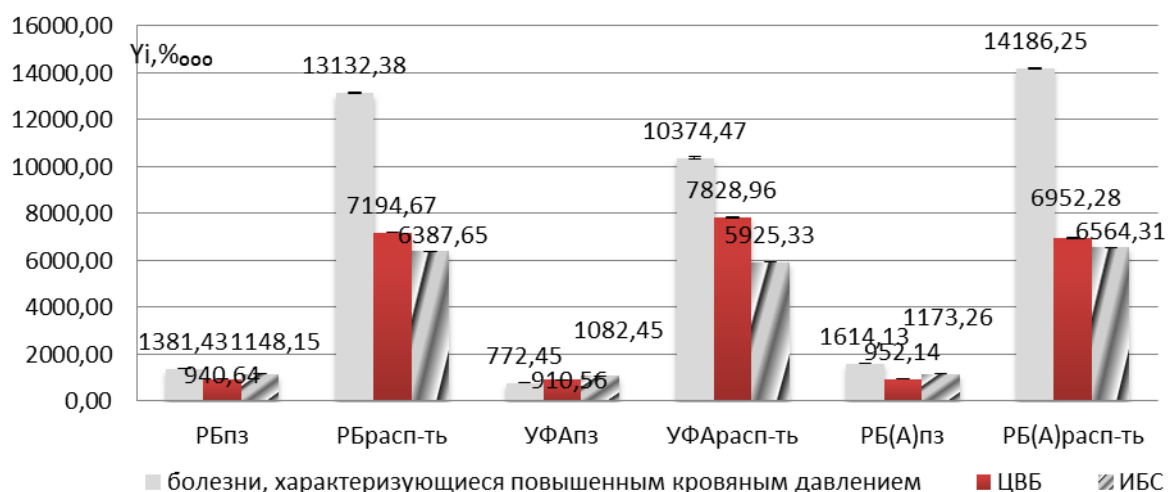


Рис.2. Сопоставление первичной заболеваемости и распространенности нозологий, составляющих наибольшую долю в структуре БСК, среди лиц 18 лет и старше по РБ, г.Уфа, РБ(А) за 2010-2014 гг..

Заключение и выводы: Проанализировав заболеваемость и распространенность БСК среди лиц 18 лет и старше на территории РБ и г. Уфа в 2000-2014 гг., определено, что БСК имеют высокую эпидемиологическую значимость, определяемую высоким уровнем первичной заболеваемости и распространенности; неблагоприятным характером изменения эпидемических тенденций как в целом класса (IX класс МКБ-Х), так и групп входящих в класс БСК с разной выраженностью темпов прироста; особенностями формирования заболеваемости и распространенности по территориям, а так же в различные временные периоды; интенсивными различиями между первичной заболеваемостью и распространенностью. Есть необходимость изучения факторов риска, которые влияют на частоту встречаемости этой патологии в популяции.

Литература

1. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов российской федерации за 2013 год // – М.: ГЭОТАР- МЕД, 2003. С.4-20.
2. О проблемах глобальной стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех в 21 веке // Вопросы экономики и управления. Здравоохранение. – М., 2002. – №4. – С.26-38
3. О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)": Постановление Правительства РФ № 280 от 10 мая 2007 года (ред. от 28.12.2012) [Электронный ресурс].

4. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: Постановление Правительства РФ №715 от 1 декабря 2004 года (ред. от 13.07.2012). [Электронный ресурс].
5. Пономарева Г.А., Кузьмина С.В. Медико-социальное исследование временной и стойкой нетрудоспособности при болезнях системы кровообращения. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова, №1-2, 2005. - №1-2. С. 46-50.
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 марта 2015 года № 367-р (План основных мероприятий по проведению в 2015 году в Российской Федерации Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями)
7. Шальнова С.А., Конради А.О., Карпов Ю.А., Концевая А.В., Деев А.Д., Капустина А.В., Худяков М.Б., Шляхто Е.В., Бойцов С.А.(2012) «Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах российской федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» // Российский кардиологический журнал 2012, 5 (97):С. 6-11
8. 2008–2013 Action plan for the global strategy for prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2009.
9. Oganov R. G., Kontsevaya A. V., Kalinina A. M. Economic burden of cardiovascular disease in the Russian Federation. Cardiovascular therapy and prevention. 2011; 10 (4): 4–9 (Оганов Р. Г., Концевая А. В., Калинина А. М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (4):4–9).
10. The Demographic Yearbook of Russia. 2010. Federal State Statistical Service (Rosstat). Moscow, 2010. (Демографический ежегодник России, 2010).

ПСИХОЛОГИЯ. СОЦИОЛОГИЯ.

УДК 796.077.5

Д.З. Хусанов, Г.Ю. Гололобов

МОТИВАЦИЯ ЗАНЯТИЯ БОКСОМ СТУДЕНТОВ БГМУ

**Кафедра физической культуры, ГБОУ ВПО Башкирский государственный
медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа**

Резюме. В статье описана заинтересованность студентов 1-3 курса к боксу, какое место он занимает в повседневной жизни молодёжи.

Ключевые слова. Бокс, здоровый образ жизни, мотивация, физкультура.

D.Z. Husanov, G.U. Gololobov

MOTIVATION BOXING OF STUDENTS

Department of Physical Education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. This article describes an interest rate of 1-3 students to boxing, what place it occupies in the daily lives of young people.

Keywords. Boxing, healthy lifestyle, motivation, physical education.

Актуальность. Изучение проблемы физического воспитания в условиях вузов не физкультурного профиля определяется потребностями современной молодёжи в физическом воспитании, необходимостью привлечения вузовской молодежи к различным видам физического воспитания. Программа физического воспитания построена таким образом, чтобы компенсировать дефицит двигательной активности студентов медицинского ВУЗа. Ещё корифеи советского спорта говорили, что для мотивации студентов к спортивному образу жизни – нужно разделить их на группы «по интересам», чтобы спорт доставлял, как и физическое, так и психологическое удовольствие [1].

В нашем ВУЗе для формирования специальных навыков предлагается секция бокса. О вреде или пользе бокса существуют множество мнений. Домохозяйки, посмотревшись на Киевских представителей власти, бьют тревогу, утверждая, что бокс не только калечит физически, но и умственно. Однако, грамотное занятие боксом со специализированным тренером очень даже благоприятно влияет как и на физическое, так и на умственное здоровье. На тренировках от занимающегося требуется полное физическое и умственное равновесие: ученик должен уметь связывать свой ум с телом, работать с ним по указанной программе тренера. Занятие боксом затрагивает работу всех систем органов, и что особенно важно – дыхания [2]. В своих лекциях профессор медицинского факультета университета г.

Вашингтон США Синтия Робинсон высказывала, что именно активные аэробные упражнения замедляют процесс старения, уменьшает накопление мутаций в организме и, что очень важно для студентов медицинского ВУЗа, - улучшает мозговую активность [3].

Цель работы. Изучить заинтересованность студентов боксом.

Материалы и методы. Для оценки мотивации занятий студентов боксом использовалось анкетирование для 1-3 курсов. Так же проводился анализ научно – методической литературы.

Результаты и обсуждение: По результату анкетирования 183 студентов, из которых 112 парней и 71 девушек 1-3 курса о предпочтении к тому или иному виду спорта, было выявлено, что единоборства занимают лидирующую позицию: борьба на первом (16,4%), бокс на втором месте (13,7%) по заинтересованности (рисунок 1).

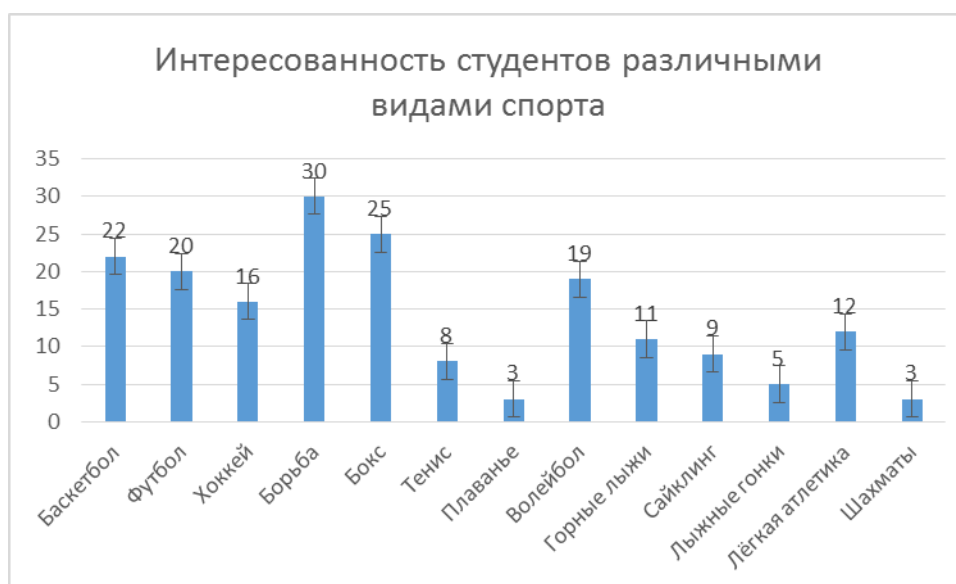


Рисунок 1.

Так же была изучена причина занятий данными видами спорта: 55% занимаются спортом ради удовольствия, 13% ради самообороны и 32% хотят быть профессионально натренированными. (рисунок 2).



Рисунок 2.

При сравнении характеристик спортсменов, занимающихся боксом и борьбой, с теми, кто занимается иными видами единоборства, можно сделать вывод, что в учёбе существенной разницы нет. Но великая разница в самообороне. 60% занимающихся иным видом спорта признают, что их деятельность не полезна при самообороне (рисунок 3).

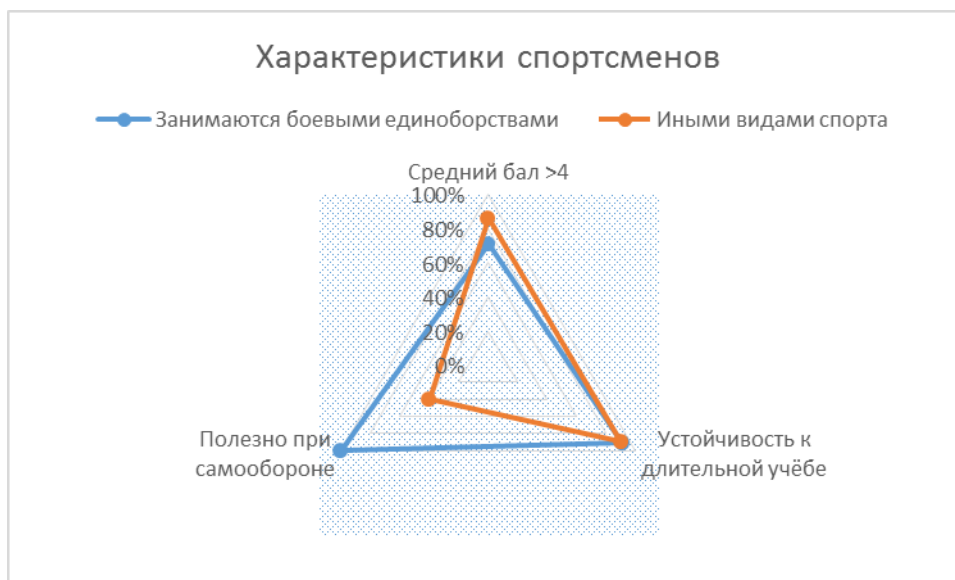


Рисунок 3.

Заключение. Анкетирование показало, что бокс довольно таки популярный спорт, среди студентов медицинского ВУЗа. Занимающиеся боксом учатся приблизительно на том же уровне, что и другие, они одинаково устойчивы к длительной работе. Но постоять за себя смогут в большой степени те, кто занимается боксом.

Литература

- 1) Гаськов А.В Теоретико-методические основы управления соревновательной и тренировочной деятельностью квалифицированных боксеров: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. М., 1999. С. 41;
- 2) Николаев, Ю. М. Физическая культура и основание сферы жизнедеятельности человека и общества в контексте социокультурного анализа / Ю. М. Николаев // Теория и практика физической культуры. – 2003. – № 8;
- 3) Cynthia Robinson «Lectures for the rehabilitation»;

УДК 159.9.07

К.С. Обухова

РОЛЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОГИ В ЭТИОЛОГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра клинической психологии, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Резюме: В статье рассмотрены факторы, влияющие на формирование язвенной болезни, проведен анализ роли личностной тревоги в формировании язвенной болезни. Выявлено, что у большинства подростков с язвенной болезнью уровень личностной тревоги повышен.

Ключевые слова: Личностная тревога, подростки, язвенная болезнь.

K.S. Obukhova

THE ROLE OF PERSONAL ANXIETY IN THE ETIOLOGY OF PEPTIC ULCER DISEASE

Department of Clinical Psychology, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Abstract: In the article the factors influencing the formation of ulcers, the analysis of the role of the personal alarm on the formation of ulcers. It was revealed that level of personal anxiety increased in most adolescent with peptic ulcer disease.

Keywords: Personal anxiety, teenagers, peptic ulcer disease.

Актуальность: Язвенная болезнь 12-перстной кишки – одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения. Около 50% пациентов гастроэнтерологического отделения в городских стационарах составляют больные с язвенными поражениями желудка или 12-перстной кишки. Начинаясь в подростковом периоде и прогрессируя, она осложняется и это может стать причиной инвалидизации в трудоспособном возрасте.

Проблема тревожности является актуальной проблемой, как в современной психологии, так и в медицине. Ее изучением занимались такие ученые как Ч. Спилбергер, О. Ранк, К. Хорни, И. Г. Малкина-Пых, В. М. Астапов и другие. С точки зрения Ч. Спилбергера следует различать тревогу как состояние и тревогу как личностную особенность.

Личностная тревожность – это устойчивая индивидуально-личностная черта, склонность воспринимать широкий спектр стимулов как угрожающие своему Я, например, самооценке, престижу, самоуважению, и реагировать на них определенным способом.

Тревога дезорганизует деятельность, приводит к снижению работоспособности, к трудностям в общении и адаптации к социуму, психосоматическим заболеваниям. В настоящее время количество детей и подростков с повышенной тревожностью, неуверенностью, беспокойством постоянно увеличивается.

Цель исследования: рассмотреть психосоматические проявления тревоги в этиологии язвенной болезни.

Материалы и методы: В данном исследовании было продиагностировано 15 человек в возрасте 10-16 лет (подростковая группа), находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении стационара ДГКБ №9 г. Екатеринбурга и 15 человек, учащихся в МАОУ гимназии г. Екатеринбурга, входящих в контрольную группу. Первая группа (далее I группа) состояла из девушек и молодых людей с язвенной болезнью, а вторая группа (далее II группа) – из здоровых молодых людей и девушек.

Для исследования была выбрана данная возрастная группа, так как в этом возрасте появляются факторы, дополнительно провоцирующие появление язвенной болезни, например, вредные привычки и неправильное питание. Содержащийся в сигаретах никотин стимулирует секрецию желудка, вызывает застой слизи и нарушение кровообращения, а алкоголь вызывает повреждения в слизистой оболочке, ухудшает пищеварение. Опираясь на предположение австрийского психолога О. Ранка о появлении тревоги, можно предположить, что самого момента рождения у ребенка присутствует тревога (так как присутствует отделение от матери). А в подростковом возрасте появляется конфликт между стремлением стать самостоятельным, свободным и желанием, чтобы родители продолжали заботиться, ограждали от трудностей, решали проблемы. В этом возрасте происходит сепарация, подростки считают себя взрослыми, которые способны самостоятельно принимать решения. В черед от отделений присутствует желание слиться с кем-либо или чем-либо, как пример, раннее начало половой жизни, присоединение к субкультурам. Группа создает чувство «Мы», которое поддерживает молодых людей и закрепляет позиции, в них можно найти авторитетного сверстника и подражать ему, либо самому стать таким.

При проведении исследования были использованы следующие методы: метод опроса и наблюдения, методика, разработанная Ч.Д. Спилбергом (США) и адаптированная Ю.Л. Ханиным (Россия). В качестве статистических методов исследования был использован пакет Statistica v10.0.

Результаты и обсуждение: В результате обработки данных с применением параметрического t-критерия Стьюдента, были выявлены статистически достоверные различия между группами. Абсолютное большинство испытуемых в I группе –

высокотревожные, а во II группе – только 6,6%. Большинство, а именно 86,6%, в контрольной группе умереннотревожные.

Заключение и выводы:

Личностная тревога является этиологическим фактором возникновения язвенной болезни, так как все язвенные больные в возрасте 10-16 лет, находившиеся на лечении в стационаре, обладают высоким уровнем личностной тревожности.

Данная проблема достойна внимания, так как в ходе исследования выяснилось, что личностная тревога становится одним из определяющих факторов в появлении и обострении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Такие причины, провоцирующие появление язвы, как генетическая предрасположенность, хронические заболевания можно вылечить медикаментозно. Но такие причины как нарушение психического здоровья, возможно предотвратить только психологическим вмешательством.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
2. Астапов В.М. Тревога и тревожность. Хрестоматия. – СПб.: Питер, 2001.
3. ВОЗ МКБ - 10. Болезни органов пищеварения. – С-Пб: "Адис", 1994.
4. Кинодо Ж. М. Приручение одиночества. Сепарационная тревога в психоанализе. – М.: Когнито – Центр, 2008.
5. Мэй Р. Смысл тревоги / Перев. с англ. М.И. Завалова и А.И. Сибуриной. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001.
6. Ранк О. Травма рождения. М: Аграф, 2004.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера. – Л.: ЛНИИФК, 1976.

УДК 616.72-002.77:37.091.214-005.216.1

Ж.С. Бегимбаева, С.Т. Абишева, Ж.Б. Серикова

**ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ НА
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О ЗАБОЛЕВАНИИ РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ**

АО «Медицинский университет Астана»

Резюме. В статье представлены результаты оценки влияния обучения пациентов с ревматоидным артритом на уровень информированности о заболевании. В группе вмешательства в сравнении с контролем значительно улучшились знания пациентов о своем заболевании и методах контроля болезни.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, обучение пациентов, информированность о заболевании.

Zh.S. Begimbayeva, S.T. Abisheva, Zh.B. Serikova

**INFLUENCE OF EDUCATIONAL PROGRAMME INFORMING PATIENTS ABOUT
THE DISEASE RHEUMATOID ARTHRITIS**

JSC "Astana Medical University "

Summary. The article presents the results of the assessment of the impact of patient education with rheumatoid arthritis the level of awareness about the disease. In the intervention group compared with the control significantly improved patient knowledge about the disease and methods of disease control.

Key words: rheumatoid arthritis, patient education, awareness about the disease.

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое, системное иммунно-воспалительное заболевание суставов, которым страдает приблизительно 1% населения [3]. Низкая приверженность пациентов выполнению рекомендаций врача является одной из причин плохого контроля и управления болезнью. Достижение ремиссии – главная цель лечения ревматоидного артрита возможно при эффективной терапии, которая должна проводиться при активном участии пациента [1]. Для успешного сотрудничества врача и пациента в управлении болезнью имеют значение проведение образовательных программ или школ здоровья для пациентов [2]. В связи с этим обучение пациентов с ревматоидным артритом и оценка влияния обучения на уровень информированности о заболевании является актуальным.

Цель работы: оценить эффективность образовательной программы для пациентов ревматоидным артритом на уровень информированности о заболевании.

Материалы и методы. Исследование включало проведение обследования и анкетирования пациентов до начала обучения и через 6 месяцев после образовательной программы, и сравнение с данными группы контроля вначале исследования и спустя 6 месяцев. В исследование были включены пациенты, находившиеся на амбулаторном лечении в городских поликлиниках №1, 2, 4, 10. В контрольную группу вошли пациенты с РА, но которые не участвовали в обучении. Пациенты были старше 18 лет, каждым было подписано информированное согласие на участие в исследовании. Для диагностики ревматоидного артрита использовались критерии ACR/EULAR 2010. Все пациенты получали стандартную терапию согласно клиническим рекомендациям и алгоритмам ведения больных РА в условиях реальной клинической практики.

В основную группу вошло 30 пациентов с диагнозом ревматоидный артрит, из которых 29 женщин (96,7%) и 1 мужчина (3,3%). Контрольная группа составила 31 человек с РА, из них 30 женщин (96,8%) и 1 мужчина (3,2%). Средний возраст пациентов в основной группе составил $43,86 \pm 14,94$ (M \pm SD). В контрольной группе среднее значение возраста было $53,54 \pm 13,7$ ($p < 0,05$). Длительность заболевания в обеих группах была от 1 года до 12 лет и составила в основной группе $3,4 \pm 2,9$ лет и $5,74 \pm 3,14$ лет в контрольной ($p < 0,01$).

Применялись следующие инструменты оценки: Опросник информированности о заболевании – 16 вопросов, включающих знание сути заболевания, медикаментозной терапии, побочных эффектах, двигательной активности, риске остеопороза, вреде курения, вспомогательных приспособлениях [4]. Активность болезни определялась с помощью комбинированного индекса активности DAS 28 (Disease Activity Score). С пациентами, вошедшими в основную группу, проводилась образовательная программа. Всего для каждой подгруппы проведено 6 занятий. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием статистического пакета IBM SPSS 21.

В группах преобладала средняя степень активности по индексу DAS28, от 3,2 до 5 баллов в основной группе у 23 пациентов (76,7%), в контрольной у 19 (61,3%) пациентов. Высокая активность по DAS28 «от 5,1 и больше» баллов в основной группе у 5 (16,7%), в контрольной – у 10 (32,3%) пациентов. Низкая активность в обеих группах не отличалась и была в каждой группе у 2 (6,6; 6,4%) больных соответственно.

Результаты и обсуждение. Вначале исследования мы провели опрос пациентов обеих групп на знание информации о своем заболевании, методах лечения, побочных эффектах терапии. По данным анализа опросника информированности о заболевании, 100% пациентов

основной группы и 96,8% пациентов контрольной группы знают, что РА – это заболевание суставов, при котором развивается хроническое воспаление. В основной группе около трети пациентов 8 человек (26,7 %) и почти половина 14 человек (45,2%) в контрольной группе считают, что при РА нужно полностью ограничить движения. Более половины 20 пациентов (66,7%) в основной группе и 24 (77,4%) в контрольной группе ответили, что метотрексат должны принимать только больные с тяжелым РА. Половина опрошенных в обеих группах, 50% (15) пациентов основной и 51,6%(16) контрольной, считают, что если у пациента с РА на фоне лечения прекратились боли, и ушла припухлость суставов, то возврата заболевания уже не будет. Тогда как 11 человек (36,7%) в основной и 13(41,9%) в контрольной группе не согласны с этим утверждением, 4 пациента (13,3%) и 2(6.5%) соответственно не знают ответа на этот вопрос. В основной группе 83,3% (25) пациентов и 74,2%(23) пациента в контрольной группе выбрали ответ «верно» на вопрос, что обострение РА нельзя предупредить, его нужно лечить только тогда, когда есть признаки заболевания. Из всех пациентов 17(56,7%) основной группы связывают длительный прием преднизолона с возможностью повышенной ломкости костей (остеопороза), 8 человек (26,7%) ответили «не знаю», а 16,7%(5) решили, что это утверждение «не верно». В контрольной группе на вопрос о возможности остеопороза на фоне приема длительного преднизолона более половины 51,6%(16) пациентов выбрали ответ «не верно», только треть пациентов 35,5%(11) знали об этой проблеме. В обеих группах большая часть пациентов 70% (21) и 64,5%(20) пациентов соответственно знают, что для успешного лечения РА не достаточно принимать только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Около четверти пациентов основной группы 23,3(7) и трети в контрольной 29% (9) пациентов посчитали, что для лечения РА достаточно принимать НПВП. Менее половины всех пациентов 40%(12) в основной группе и треть 32,3%(10) пациентов контрольной группы знают о возможных желудочно-кишечных проблемах, связанных с длительным приемом НПВП. 86,7%(26) человек в основной группе и 67,7%(21) в контрольной считают недостаточным для лечения артрита внутрисуставных введений препаратов. В обеих группах треть пациентов 30%(9) основной и 25,8%(8) контрольной группы знают о частоте внутрисуставных введений препаратов. Также треть опрошиваемых пациентов (33,3%(10) в основной группе и чуть менее половины в контрольной группе 41,9%(13) пациентов не согласны с тем, что метотрексат нужно принимать только тогда, когда обостряется заболевание, распухают суставы. Почти все пациенты в основной группе 29 (96,7%) и 80,6% (25) в контрольной группе знают об обязательном приеме фолиевой кислоты. Такое же число 29 (96,7%) пациентов основной группы уверены в пользе молочных продуктов и препаратов

кальция при РА, в контрольной группе таких пациентов меньше 77,4% (24). Следует отметить, только 6,7% (2) пациента основной группы и чуть больше 16,1%(5) в контрольной группе знали, что курящие больные чаще болеют остеопорозом и у них чаще происходят переломы костей. Лишь 10 % (3) пациентов основной и 16,5% (5) контрольной группы согласились с утверждением, что при РА всегда, даже при отсутствии болезни, надо как меньше двигаться, а 90 %(27) и 83,9%(26) пациентов соответственно с этим не согласны. И в основной, и в контрольной группах 76,7%(23) и 77,4% (240 пациентов соответственно ответили «верно» на вопрос, что при деформации сустава необходима помощь ортопеда для подбора ортезов для облегчения движения. В общем, можно сказать, что вначале исследования в обеих группах ответы были сопоставимы. Через 6 месяцев после проведенной образовательной программы, пациенты основной и контрольной группы заполняли опросник по информированности о заболевании повторно. На рисунке 1 представлена динамика ответов пациентов основной и контрольной групп исходно и через 6 месяцев после образовательной программы.

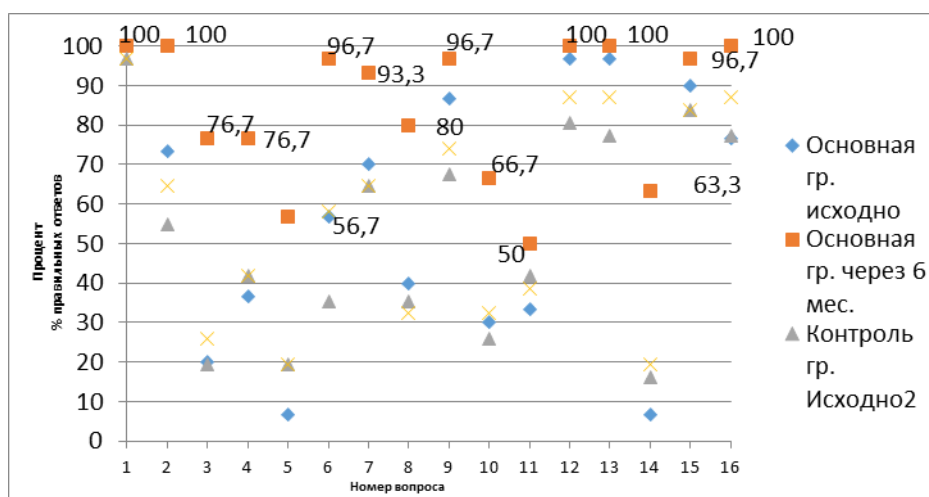


Рисунок 1 - Динамика правильных ответов в группах исходно и через 6 месяцев

Как видно на рисунке 1, в основной группе наблюдается положительная динамика, значительно улучшились знания о базисной терапии метотрексатом, приеме и побочных эффектах НПВП, контроле заболевания, длительности лечения, риске остеопороза при курении и приеме ГКС, а также приспособлений. В отличие от пациентов, прошедших обучение в «Школе здоровья «Ревматоидный артрит», в контрольной группе значительной динамики в улучшении знаний пациентов не наблюдается. Незначительно улучшились правильные ответы на вопросы № 6 (остеопороз), 8 (побочные эффекты НПВП), незначительное увеличение правильных ответов по вопросам №13 (молочные продукты, препараты кальция), 16 (ортезы).

Результаты нашего исследования подтверждаются данными международных исследований. По данным авторов Schrieber L, Colli M (2004г.) структурированные образовательные программы для пациентов с артритом в краткосрочной перспективе (до 6-12 месяцев) показывают повышение знаний пациентов и улучшение поведенческого фактора в связи с болезнью, таких как применение релаксации, физических упражнений и приверженности к лекарственной терапии. Более спорным являются по мнению авторов долгосрочные исходы (более 12 месяцев) влияния образовательных программ. В заключение авторы сообщают, что программы обучения пациентов имеют скромный, но значительный эффект, преимущественно на улучшение знаний и поведения пациента, по крайней мере, в краткосрочной перспективе [6]. Также в другом исследовании Kirvan JR, Hewlett S, Cockshott Z, Barret J (2005г.) было показано увеличение знаний в основной группе на 18% по сравнению с 9% в контрольной группе ($p = 0,058$). Улучшилась шкала боли в основной группе на 14,1% в сравнении с контролем. По другим переменным различий выявлено не было [5].

Выводы. Таким образом, проведенный нами в динамике до и после образовательной программы опрос информированности пациентов с ревматоидным артритом о своем заболевании, базисной терапии, противовоспалительной терапии, побочных эффектах, двигательной активности, остеопорозе и применении приспособлений для облегчения движения показал значительное улучшение знаний пациентов в группе вмешательства в сравнении с контролем.

Литература

1. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Современная стратегия терапии ревматоидного артрита // РМЖ. 2012. №30.С. 1504-1510
2. Орлова Е.В., Денисов Л.Н., Арсеньев А.О., Каратеев Д.Е. Оценка приверженности больных ревматоидным артритом фармакологическим и немедикаментозным методам лечения и ее динамика под влиянием образовательной программы. // Научно-практическая ревматология. 2012; 52(3):68-74
3. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. Е.Л. Насонова, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 г., 752 с.
4. Рябицева Л.Ф. Изучение приверженности лечению больных хроническими заболеваниями на модели ревматоидного артрита. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Екатеринбург -2009.

5. Kirwan J.R., Hewlett S., Cockshott Z., Barrett J. Clinical and psychological outcomes of patient education in rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*. 2005;3(1):1-16.

6. Schrieber L., Colley M. Patient education. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2004;18(4):465-76

УДК 61-057.875:316.62

О. В. Акимова, И. Ю. Аранович

**СТРУКТУРА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Саратовский Государственный Медицинский Университет имени В. И.
Разумовского, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**

Резюме: Доказано, что ценностные ориентации личности влияют на всю систему отношений личности с окружающей действительностью. В статье рассматривается проблема влияния ценностных ориентаций студентов стоматологического факультета на дальнейшую их профессиональную деятельность. Анализируются структура ценностных ориентаций студентов 1 курса стоматологического факультета, рассматривается связь структуры ценностей со «смысложизненными ориентациями».

Ключевые слова: ценностные ориентации, личность, смысложизненные ориентации, мотивация.

Akimova O. V., Aranovich I. Yu.

Value orientations of the students Personality in medical university

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky,
Department of Philosophy, the humanities and psychology

Summary: Authors prove that the individual value orientations influence entire system of the personal relations with the social environment. Problem of influence of value orientations of dental faculty students on their further professional activities is central for this article. Authors analyze structure of the value orientations of first year dental faculty students and its connection with life orientations.

Key words: value orientation, identity, life orientation, motivation.

Актуальность. Ценностные ориентации представляют собой основной компонент мировоззрения личности, тем самым оказывая большое влияние на всю структуру отношения личности с окружающей действительностью. Они представляют собой регулятор поведения личности: от того какова структура ценностных ориентаций во многом будет зависеть поступки индивида в той или иной жизненной ситуации. Поэтому нельзя исключать

особого влияния ценностных ориентаций на профессиональную деятельность индивидов, в частности на формирование профессиональной мотивации. Смысложизненные ориентации представляют собой общий уровень осмысленности жизни человека, наличие у него целей, удовлетворение, получаемое при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных и добиваться результатов [2]. Мотивацию профессиональной деятельности можно определить как действие конкретных побуждений к этой деятельности [1]. Побуждение же в свою очередь будет формироваться под влиянием как смысложизненных ориентаций, так и ценностной структуры личности.

Необходимо отметить, что структура ценностных ориентаций образование более стабильное, нежели структура смысложизненных ориентаций. На момент выбора профессионального пути структура ценностных ориентаций у абитуриентов зачастую незрелая и выбор ориентирован у них не истинными ценностями, которых придерживается личность, а ложными, навязанными личности социальной средой не интериаризируемых ею. Это в свою очередь ведет к низкой профессиональной мотивации личности, отсутствию потребности в профессиональном росте и неудовлетворенностью собственной профессией. Существует немало случаев, когда по окончании медицинского ВУЗа специалист не работает по специальности.

Таким образом, цели исследования: оценить зрелость структуры ценностных ориентаций личности студентов, а также выявить какие ценности в наибольшей степени будут влиять в дальнейшем на профессиональную деятельность респондентов; оценить зависимость структуры смысложизненных ориентаций от ценностной структуры личности.

В исследовании приняли участие 115 студентов 1 курса стоматологического факультета СГМУ им. В. И. Разумовского в возрасте от 16 лет до 21 года, из них 58 человек – лица мужского пола и 57 - женского. Данный возраст является сенситивным для развития ценностных ориентаций личности.

Материалы и методы: опросник Шварца с целью выявления социальных и индивидуальных ценностных ориентаций респондентов, тест смысложизненные ориентации (методика СЖО), Д. А. Леонтьева.

Были оценены уровень нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов ценностей респондентов. Первое отражает структуру ценностей, которой придерживается респондент и во многом зависит от воспитания и влияния социальной среды. Уровень индивидуальных приоритетов же отражает то, какие же ценности проявляются в поведение у индивида. У респондентов на уровне нормативных идеалов выделяются следующие ценности как важные - достижения (у 54 студентов высокий ранг данной ценности),

безопасности (51) и комфортность (49). При этом низкий ранг преобладает по шкале власть (у 65 человек), стимуляция (58), гедонизм (53), универсализм (53), а также по шкале традиции (52). На уровне индивидуальных приоритетов наиболее важными являются: стимуляция (высокий ранг у 49), самостоятельность (48), гедонизм (47) и доброта (45). Как наименее важные респонденты оценивают власть (низкий ранг у 82), традиции (у 70) и конформизм (51).

Для оценки зрелости структуры личности был проведен корреляционный анализ между уровнем нормативных идеалов и уровнем индивидуальных приоритетов. Наблюдается отсутствие корреляционной зависимости у большинства шкал. Конгруэнтными у респондентов являются следующие шкалы: власть (коэффициент корреляции равен 0,57) и традиции (коэффициент корреляции равен 0,55). При этом стоит отметить, что эти ценности респонденты оценивают как неважные. Власть - низкие показатели преобладают как в обзоре ценностей, так и профиле личности. Традиции – низкие показатели преобладают как в обзоре ценностей, так и профиле личности. Данные показатели указывают на незрелость личности большинства респондентов.

Тест смысложизненных ориентаций показал преобладание средних показателей по шкалам данной методики у большинства респондентов. При этом достаточно высокий процент испытуемых по шкале «Цели в жизни» имеют высокий показатель – 35 человек (30%). Похожая ситуация наблюдается и по шкале «Процесс жизни», здесь высокий показатель наблюдается у 33 человек (29%). Для остальных шкал данной методики характерно наличие большого процента респондентов с низкими показателями: по шкале «Результат жизни» низкие показатели выявлены у 43 студентов (37%), по шкале «Локус контроля Я» - у 54 респондентов (47%), шкала «Локус контроля жизнь» - низкие показатели у 33 (29%). Оценка общего показателя «Осмысленность жизни» показал, что у 61 респондентов средние показатели (53%), а у 54 низкие (47%).

Выводы: студенты обладают незрелой структурой ценностных ориентаций. Ценности, которые презентуют студенты (уровень нормативных идеалов) существенно отличаются от тех ценностей, которые они демонстрируют в поведении (уровень индивидуальных приоритетов). При этом стоит отметить, что отсутствуют какие-либо конгруэнтные шкалы среди высокооцениваемых респондентами ценностей, что может свидетельствовать об отсутствии респондентами понимания собственной структуры ценностей и о существенном расхождении между мыслями и действиями испытуемых. Наименее важными из ценностей для респондентов являются власть и традиции, что отражается как в обзоре ценностей, так и в поведении.

У респондентов присутствуют цели в жизни, они умеют их ставить, а также разрабатывать план их достижения. Студенты ориентированы на процесс больше, нежели на результат деятельности. Все это в дальнейшем окажет благоприятное воздействие на профессиональную деятельность в целом, а в частности на формирование профессиональной мотивации. Присутствует некая неудовлетворенность прожитой частью жизни, что также может повышать мотивацию деятельности. При этом фактором снижающим мотивацию профессиональной деятельности может оказаться неверие в свои силы, в возможность контролировать события собственной жизни, а также фатализм, убежденность респондентов в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю.

Литература

1. Айсмонтас Б. Б. Педагогическая психология: Программа курса. Методические рекомендации. Словарь терминов и понятий. — М.: МГППУ, 2004. — 80 с.
2. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — 18 с.

УДК 614.25:616-002.5

Е.А.Андрянова, И.Ю.Аранович, А.В. Щибря

**ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ДИАДЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»**

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Резюме. В данном исследовании отражается значимость изучения личности врача-фтизиатра, как основы эффективного взаимодействия в диаде «врач-пациент». Отмечается, что построение гармоничных взаимоотношений в диаде «врач-пациент», и, как следствие, успешность противотуберкулезной терапии, будет во многом зависеть от личности врача-фтизиатра. Помимо этого, акцентируется внимание на том, что риск возникновения профессионального выгорания также непосредственно связан с личностными особенностями врача-фтизиатра. В проведенном исследовании изучаются личностные особенности врача-фтизиатра и выделяются мишени психокоррекции для оптимизации профессиональной деятельности специалиста.

Ключевые слова: врач-фтизиатр, личность врача, профессиональное выгорание.

E.A. Andriyanova, I.Y. Aranovich, A.V. Schibrya

**PERSONALITY OF THE DOCTOR-PHTHISIATRICIAN AS BASIS OF EFFECTIVE
INTERACTION IN A DYAD «DOCTOR PATIENT»**

Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky

Department of Human Sciences, Philosophy and psychology

Summary. The central problem of this research is personality of the doctor-phthisiatrician as bases of effective doctor and patient interaction. It is noted that creation of harmonious relationship between doctor and patient, and, as a result, success of antitubercular therapy, will depend in many respects on the personality of the doctor-phthisiatrician. In addition, the attention is focused on risk of emergence of professional burnout as directly connected with personal features of the doctor-phthisiatrician. Authors study personal features of the doctor-phthisiatrician and define purposes of psychocorrection for professional activity optimization.

Keywords: doctor-phthisiatrician, identity of the doctor, professional burnout.

Актуальность. Туберкулез является длительным заболеванием, при котором сотрудничество врача-фтизиатра и пациента может продолжаться в течение нескольких лет. Всё это время врач осуществляет лечение, сопровождает и направляет больного. В

большинстве случаев, помимо наличия данного заболевания, больные туберкулезом имеют множество психологических проблем[1]. Поэтому наряду с медикаментозным лечением в противотуберкулезной терапии немалое значение имеет взаимодействие врача-фтизиатра и пациента, эффективность которого во многом определяет дальнейшее состояние больного. В связи с этим следует отметить, что построение гармоничных взаимоотношений в диаде «врач-пациент», и, как следствие, успешность противотуберкулезной терапии будет во многом зависеть от личности врача-фтизиатра.

Сообщение диагноза, как правило, вызывает у больного страх, ужас, отчаяние, глубокое потрясение. На фоне этого, к сожалению, у больных формируется такой защитный механизм, как отрицание наличия заболевания, который в случае хорошего общего самочувствия и отсутствия выраженных симптомов болезни может проявляться в полном пренебрежении опасностью заболевания: больной намеренно не желает принимать во внимание сам факт наличия у него болезни, беспечен по отношению к заболеванию[4]. В этом случае пациент часто проявляет немотивированность, недисциплинированность, демонстративно покидает лечебное учреждение, необъяснимо отказывается от операции. В данном случае такие качества врача, как убедительность, ответственность, чуткость и высокая требовательность к больному могут помочь завоевать доверие пациента, заставить поверить в возможности лечения, принять условия лечения, вызвать желание сотрудничать с врачом.

Также следует отметить, что только при условии субъективного, физического и психического благополучия врач способен эффективно решать задачи профессиональной деятельности. В исследовании Стоговой Н.А., Калининой О.Н. проведена оценка профессионального выгорания у врачей-фтизиатров, под которым понимается процесс развития хронического стресса умеренной интенсивности, вызывающего деформацию личности профессионала[3]. Показано, что профессиональные нагрузки приводят к формированию синдрома эмоционального выгорания у 16% фтизиатров, что может неблагоприятно отразиться на здоровье самих врачей, на качестве и эффективности выполняемой ими работы. В своем исследовании авторы приходят к выводу, что одной из причин эмоционального выгорания является общение с пациентами, отказывающимися следовать лечению, злоупотребляющими алкоголем, наркотиками, а также работа с неизлечимыми и умирающими больными. Поэтому ещё одним важным качеством врачей-фтизиатров является высокий порог устойчивости к стрессу.

Таким образом, особенности личности врачей-фтизиатров определенным образом влияют на их склонность к формированию профессионального выгорания и отражаются на

эффективности лечения больных туберкулезом. Изучение личности врача-фтизиатра позволит выявить мишени психокоррекции для оптимизации профессиональной деятельности специалиста.

Цель исследования: изучить особенности личности врачей-фтизиатров.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности личности врачей-фтизиатров.
2. Выявить мишени психокоррекции личности врачей-фтизиатров.
3. Сформулировать полученные выводы.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГУЗ «Саратовская городская туберкулёзная больница». В исследовании приняли участие 32 врача-фтизиатра. Средний возраст респондентов составил 38 лет. Были опрошены врачи-фтизиатры со стажем работы от 1 года до 36 лет, что в среднем составляет 18 лет.

Для оценки свойств личности врачей-фтизиатров был использован Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности («Мини-мульти»).

Статистический анализ данных был проведен с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение: С повышением стажа уменьшаются показатели по «шкале лжи», то есть повышается искренность при ответах ($r=-0,4$). По полученным данным 33% (11 респондентов) имеют ипохондрические черты, которые, не доходят до акцентуации, для других 25% (8 респондентов) - данные особенности являются акцентуированными. Помимо этого, 50% опрошенных врачей-фтизиатров (16 респондентов) обладают психастеническими чертами, а для других 8% (3 опрошенных) психастения является акцентуацией. Низкие значения в большинстве случаев отмечаются по шкалам «психопатия» (91,6% опрошенных), «паранойальность» (91,6%) и «гипотония» (83,3%).

Выводы: с повышением стажа работы уменьшается тенденция представлять себя в выгодном свете для окружающих. Испытуемые не скрывают своих затруднений, слабостей. Критически относятся к себе. При меньшем стаже работы имеется тенденция продемонстрировать строгое соблюдение социальных норм. Это может быть связано с чрезмерно высоким стандартом поведения для данной профессиональной группы, которому стараются следовать начинающие специалисты.

Повышенные значения по шкале «Ипохондрия» демонстрируют направленность личности врачей на соответствие нормативным критериям, как в социуме, так и в сфере физиологических функций собственного организма. Для испытуемых характерна тревога по поводу своего физического здоровья (не доходящая до ипохондрии), также для них значимы

их соматические ощущения (общее самочувствие, болевые ощущения). Следует отметить, что для врачей данной специальности некоторая озабоченность собственным здоровьем и небольшой уровень тревоги по поводу своего физического здоровья являются необходимыми.

Также у опрошенных врачей-фтизиатров отмечается преобладание некоторой неуверенности в себе и в стабильности ситуации, высокая чувствительность и подвластность средовым воздействием, повышенная чуткость к опасности. Превалирует мотивация избегания неуспеха, установка на конгруэнтные отношения окружающими, зависимость от мнения большинства. Ведущие потребности - избавление от страхов и неуверенности, уход от конфронтации, душевное созвучие с другими людьми. Для них характерно чувство ответственности, совестливости, скромности, повышенной тревожности в отношении житейских проблем. Респондентам свойственна чуткость, склонность к сомнениям, избыточная самокритичность, заниженная самооценка. Снижен порог устойчивости к стрессу, в стрессовой ситуации поведение будет ведомым[2].

Помимо этого, было выявлено, что для врачей фтизиатров характерно наличие высокого уровня идентификации со своим социальным статусом, тенденция к сохранению постоянных интересов, установок, целей; испытуемые имеют достаточно гибкое мышление и довольно быстро меняют свою точку зрения. Кроме того, для данной группы обследуемых характерно снижение активности, пониженное настроение, низкое стремление к контактам с другими людьми.

Таким образом, низкий уровень стрессоустойчивости и нестабильное эмоциональное состояние врачей – это мишени психокоррекционной работы. Повышение порога устойчивости к стрессу у врачей, а также нормализация их эмоционального состояния, будет снижать возможность возникновения профессионального выгорания, и способствовать эффективному взаимодействию врача и пациента.

Литература

1. Пьянзова Т.В. Мероприятия по повышению приверженности лечению больных туберкулезом в Российской Федерации/ Т.В. Пьянзова, Н.Н. Вежнина// Научно-практический журнал «Медицина в Кузбассе».- 2014. - №3. –С.5-10.
2. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. – М.: ИПП-ИСП,200. –С. 102-103.
3. Стогова, Н.А. Оценка профессионального выгорания у врачей–фтизиатров /Н.А. Стогова, О.А. Калинина //Туберкулез и болезни лёгких. –2012. – № 9. – С. 22-24.

4. Харди И. Врач, сестра, больной (пер. с венгер. М. Алекса Под ред. М. В. Коркиной). - 3-е изд. стереотип. - BUDAPEST: Типография Академии наук Венгрии. - 1974. – 380 с.

УДК 618.2-055.26:159.922.1 (043.2)

О. В. Акимова, Е.С. Сенина, И. Ю.Аранович

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН,
ОЖИДАЮЩИХ ВТОРОГО РЕБЕНКА**

**Саратовский Государственный Медицинский Университет имени В. И.
Разумовского, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**

Резюме: В статье анализируется социальный статус и актуальное психологическое состояние беременных вторым ребёнком женщин, рассматривается связь между фрустрацией главных потребностей и изменением общего эмоционального состояния беременных.

Ключевые слова: беременность, тест Люшера, психоэмоциональное состояние, потребностная сфера.

Akimova O. V., Senina E. S., Aranovich I. Yu.

Psychoemotional state of the pregnant women expecting the second child

**Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Philosophy, the
humanities and psychology**

Summary: Authors consider the social status and an actual psychological state of women pregnant with the second child and analyze communication between frustration of the basic needs and change of the general emotional condition of this group of pregnant women.

Keywords: pregnancy, Lyusher's test, psychoemotional state, needs sphere.

Актуальность. Психическое состояние женщин в период беременности изменяется, что доказано рядом научных исследований. Её настроение переменчиво: то она чем-то огорчена и расстроена, печальна, но уже в следующий момент чувствует себя счастливой и деятельной. Беременная женщина гораздо острее реагирует на окружающий её мир, она чувствительна к внешним раздражителям. Некоторые женщины сильно изменяются как внешне, так и внутренне, а некоторые не изменяются вовсе. Также существуют две полярные точки зрения: одни считают, что в период беременности женщины в основном ощущают эмоциональный подъём, чувство счастья, повышение активности, другие же говорят об эмоциональном снижении, депрессивных проявлениях, усталости, тревоги. Обе эти точки зрения являются верными. Если это так, то возникает вопрос о том, какие факторы влияют на эмоциональное состояние женщины в этот период. Следует также отметить, что рождение второго ребёнка, казалось бы, оказывает меньшее влияние на психоэмоциональное состояние

за счёт того, что состояние беременности для женщины не ново. Однако множество социальных факторов актуализируются в этот период.

Таким образом, целью исследования является изучение социального статуса и психоэмоционального состояния беременных женщин, ожидающих второго ребёнка.

В исследовании приняли участие 67 беременных женщин, ожидающих второго ребёнка в возрасте от 18 до 42 лет. Средний возраст респонденток $29 \pm 4,92$ лет. Срок беременности от 6 до 15 недель, что соответствует первой половине беременности. Исследование проводилось на базе женской консультации ГУЗ «Городская поликлиника № 3» г. Саратова.

Материалы и методы: опрос с целью изучения социального статуса; «Модифицированный восьмицветовой тест Люшера» для исследования психоэмоционального состояния респондентов.

Социальный статус респондентов: по семейному положению преобладают замужние женщины (48 человек), 18 женщин находятся в гражданском браке. Находятся в повторном браке 13 человек. 45 женщин работают, 22 являются домохозяйками. Высшее образование имеет 31 женщина, у 24 – средне-специальное, 12 – полное среднее.

Оценка эмоционального состояния респондентов: у 41 (61%) респондента были обнаружены признаки тревоги, из них только у 3 (5%) высокий уровень.

Первая пара цветов теста обозначает ту потребность, к удовлетворению которой респондент стремится. У опрошенных женщин преобладающими являются следующие цвета: 36 человек (54%) предпочли фиолетовый цвет, 33 человека (49%) жёлтый, 30 (45%) зелёный, 23 (34%) красный, 6 (9%) синий, 4 (6%) коричневый, 1 (2%) чёрный и 1 (2%) серый. Фиолетовый цвет определяет потребность в уходе от реальной действительности, иррациональность притязаний человека, наличие нереалистичных требований к жизни, субъективизм, индивидуалистичность, эмоциональную незрелость. Данная потребность является вторичной. Жёлтый цвет – эмоциональная лабильность, потребность в эмоциональной вовлечённости и защищённости в социальном плане. Зелёный – потребность в отстаивании собственной позиции, агрессивность. Красный – потребность в достижении успеха, спонтанность, наличие импульсивности и мужественности. Данные потребности являются первичными [2].

Выбор третьего и четвёртого цвета определяет то актуальное состояние, в котором ощущает себя респондент. Здесь большинство респондентов выбрали зелёный цвет – 28 человек (42%). 25 человек (37%) выбрали фиолетовый цвет, 24 (36%) красный цвет, 21 (31%) жёлтый цвет, 20 (30%) синий цвет, 8 (12%) коричневый и 8 (12%) серый.

Выбор пятого и шестого цвета обозначает то поведение, которое в настоящий момент является неуместным, но имеется у респондентов в скрытой форме. У 37 человек (55%) преобладает коричневый цвет, который указывает на стремление у данных беременных к психологическому и физическому комфорту и снижению тревоги. 31 респондент (46%) выбрал синий цвет, который отвечает за женственную позицию, высокую сензитивность и стремление избегать неудачи, а также пессимизм [2]. 26 человек (39%) предпочли серый – потребность в успокоении, отдыхе, пассивности. У 14 (21%) выбран красный цвет, а у 11 (16%) жёлтый. У небольшого числа респондентов присутствуют зелёный, фиолетовый и коричневый.

Седьмой и восьмой цвет символизирует заблокированные или неактуальные потребности. Про заблокированную потребность говориться только в том случае, если в выборе присутствует цвет, отвечающий за одну из основных потребностей (синий, зелёный, красный, жёлтый цвета). У 61 (91%) - это чёрный цвет, у 32 (48%) - серый, у 17 (28%) - коричневый. Данные потребности являются вторичными. Среди первичных потребностей у 11 (16%) синий цвет, 6 человек (9%) выбрали красный, 3 (5%) жёлтый и 1 (2%) зелёный. Таким образом, у 21 респондентов (31%) присутствует блокировка одной из основных потребностей.

Были оценены преобладающие тенденции потребностной сферы: у 14 (21%) «очаровательное самоутверждение», у 13 (19%) – «расцвет деятельности», у 11 (16%) - «готовность воспринимать иллюзию», у 9 (13%) – «настороженная требовательность» и у 7 (10%) - «впечатлительная взволнованность» [1].

В заключение можно отметить, что у беременных, ожидающих второго ребенка, преобладает благоприятное общее эмоциональное состояние. Эмоционально-потребностная сфера у большинства респондентов находится в гармонии. Однако у большого процента респондентов заблокирована одна из важных потребностей. У большинства присутствует потребность в нарциссическом самоутверждении, деятельность может доходить до экстенсивного расцвета.

Литература

- 1) Драгунский В. В. Цветовой личностный тест: практическое пособие. – МН.: Харвест, М.: АСТ, 2000. – 448 с.
- 2) Со́ник Л. Н. МЦВ – метод цветowych выборов. Модифицированных восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. – СПб., 2001. – 112 с.

УДК 159.9.072.423

В.Е. Гаврилова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С
НЕВЫНАШИВАЕМОСТЬЮ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Кафедра Клинической психологии, Уральский Государственный Медицинский
Университет, Екатеринбург, Россия**

Резюме. В статье рассмотрены некоторые психологические особенности женщин с невынашиванием беременности и их отличия от аналогичных качеств успешно родивших женщин, а именно, копинг-стратегии и гендерные стереотипы. В результате исследования было выявлено, что имеются статистически значимые различия между гендерными стереотипами женщин с различным исходом беременности. Среди женщин с невынашиванием беременности, наиболее часто встречается маскулинный гендерный стереотип, реже всего феминный гендерный стереотип. Андрогиный гендерный стереотип, признаваемый на современном этапе более адаптивным, занимает промежуточное место между маскулинным и феминным стереотипами. Среди женщин с благополучным исходом беременности, наиболее часто встречается андрогиный гендерный стереотип, а также стоит отметить преобладание феминного над маскулинным гендерным стереотипом у данных женщин. Взаимосвязи между совладающим поведением и невынашиванием беременности выявлено не было.

Ключевые слова: гендерный стереотип, невынашивание беременности, копинг, совладающее поведение.

V.Y. Gavrilova

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF WOMEN WITH MISCARRIAGE

**Department of Clinical Psychology, Ural State Medical University, Yekaterinburg,
Russia**

Summary. The article deals some of the psychological characteristics of women with miscarriage and how they differ from the similar qualities of successful women who have given birth, namely, coping strategies, and gender stereotypes. The study found that there are statistically significant differences between gender stereotyping of women with different pregnancy outcome. Among women with a miscarriage, the most common masculine gender stereotype, less often feminine gender stereotype. Androgynous gender stereotype, is recognized at the present stage more adaptive, it occupies an intermediate position between the masculine and feminine stereotypes. Among women with a favorable outcome of pregnancy, the most common androgynous

gender stereotype, and it is worth noting the predominance of the feminine over the masculine gender stereotype in these women. The interrelation between coping and the miscarriage was not revealed.

Key words: gender stereotype, miscarriage, coping, coping behavior.

Введение. Невынашивание беременности – одна из наиболее актуальных проблем акушерства. Во-первых, важной особенностью данной патологии является низкая предсказуемость процесса, так как для каждой конкретной беременности крайне трудно определить истинную причину прерывания беременности. Во-вторых, несмотря на достижения медицины и применение современных технологий сохранения беременности, частота невынашивания по прежнему остается на высоком уровне и составляет от 10 до 25% от всех диагностированных беременностей [1]. Вышеперечисленные факты позволяют предположить, что кроме традиционно рассматриваемых в медицине причин, существуют другие, например – психологические. В связи с этим в последние годы стали появляться научные работы, посвященные исследованию психологических причин нарушений репродуктивного здоровья. Например, разными специалистами (Грон Е.А, 2005; Старцева Н.В, Швецов М.В, 2005 и др.) снова и снова подтверждаются ранее многократно установленные факты, что женщины, страдающие невынашиванием беременности, переносили острый или хронический стресс. В связи с этим, актуальным является изучение совладающего поведения таких женщин. Также одной из возможных причин прерывания беременности может быть нарушение гендерной идентичности у данных женщин. В данной работе проводилось исследование, целью которого является выяснить, существует ли взаимосвязь между психологическими особенностями женщины и исходом ее беременности.

Цель исследования – выявить наличие взаимосвязи между психологическими особенностями (копинг стратегиями и гендерным стереотипом) женщины и исходом ее беременности.

Материалы и методы исследования

Для исследования психологических особенностей женщин с невынашиванием беременности было опрошено 30 женщин, проходившие обследование в ЦГКБ №24 города Екатеринбурга после случаев выкидыша и замершей беременности (экспериментальная группа).

В качестве контрольной группы были опрошены женщины того же возраста, благополучно родившие и не имеющие в анамнезе невынашиваемостей. Всего в контрольной группе опрошено 30 человек.

Все исследуемые женщины находились в возрасте от 20 до 35 лет, так как этот возраст является репродуктивным и наиболее благополучным для вынашивания беременности по данным ВОЗ. Всего было опрошено 60 человек.

Для определения предпочитаемых копинг-стратегий женщин с невынашиванием, использована методика «Выход из сложных ситуаций. Диагностика копинг стратегий Хайма (Тест Хайма борьбы со стрессом)» [4].

Для исследования влияния гендерной идентичности на невынашивание беременности были использованы следующие методики:

1. Многофакторный личностный опросник FPI. Форма В (И.Фаренберг, Х.Зарг, Р.Гампел) [3].

В данной методике нас интересовала шкала № 12 «Маскулинность – феминность». При этом испытуемые по результатам делились на три группы: «маскулинные», «андрогинные», «феминные».

2. Тест Куна-Макпартленда [5].

В данной методике нас в большей степени интересовали такие показатели как «Социальное Я», «Рефлексивное Я» (персональная идентичность), «Перспективное Я», «Деятельное Я». При обработке результатов статистическими методами, полученные данные рассматривались по группам «феминные», «андрогинные», «маскулинные». При разделении на группы, основным критерием были качества, присущие женским, либо мужским гендерным ролям, традиционно используемых в обществе. Также учитывался номер позиции, на котором стоит данное определение себя.

3. Опросник С. Бем [2].

В данной методике испытуемых, так же, как и в опроснике FPI, по результатам делили на три группы: «маскулинные», «андрогинные», «феминные».

Статистическая обработка проводилась пакетом математической статистики «Statistika 10». Был применен U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнении соотношения адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий разных видов женщин с невынашиваемостью можно сказать, что по эмоциональному и когнитивному виду копингов преобладают адаптивные, по поведенческому количеству выбора адаптивных примерно равно количеству выбора неадаптивных. При сравнении соотношения адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий разных видов у группы женщин с благополучным исходом беременности, можно сказать, что во всех трех видах копинг-стратегий – эмоциональной, когнитивной и поведенческой - преобладают адаптивные копинг-стратегии. В результате исследования статистически

значимых различий между предпочитаемыми копингами женщин с выкидышами и женщин с благополучным исходом беременности не выявлено.

По результатам многофакторного личностного опросника FPI, большинство женщин с диагнозом невынашиваемость беременности были отнесены к показателю «маскулинные» (46,7%), треть женщин к «андрогинному» типу, меньше всего женщин к «феминному» типу (20%).

Схожие результаты были получены и при диагностике с помощью проективного теста Куна-Макпартленда: наименьшую по численности группу (13,3%) составили женщины с феминным гендерным стереотипом. Больше половины женщин (53,3%) показали маскулинный гендерный стереотип. Треть женщин (33,3%) продемонстрировали черты как женского, так и мужского гендерных стереотипов и были отнесены к группе андрогинного гендерного стереотипа.

Отличными оказались результаты теста С. Бем: по результатам данного опросника, испытуемые разделились на практически равные группы: 30% указали на наличие у себя преимущественно феминных черт, в противовес им 36,7% указали на маскулинные черты, 33,3% выбрали как феминные, так и маскулинные характеристики.

По результатам многофакторного личностного опросника FPI, большинство женщин с благополучным исходом беременности были отнесены к показателю «андрогинные» (46,7%), практически равное количество женщин (40%) к «феминному» типу, меньше всего женщин к «маскулинному» типу (13,3%).

Схожие результаты были получены и при диагностике с помощью проективного теста Куна-Макпартленда: наименьшую по численности группу (13,3%) составили женщины с маскулинным гендерным стереотипом. Данные женщины определяли себя схожим образом с женщинами маскулинного стереотипа экспериментальной группы. По 43,3% женщин показали феминный и андрогинный гендерные стереотипы.

В отличие от результатов экспериментальной группы, итоговые данные по опроснику С.Бем родивших женщин распределились следующим образом: 33,3% указали на наличие у себя преимущественно феминных черт, 26,7% указали на маскулинные черты, 40% выбрали как феминные, так и маскулинные характеристики.

Выводы.

В результате исследования взаимосвязи копинг-стратегий на невынашивание беременности выявлено не было.

В результате исследования были обнаружены статистически значимые различия между преобладающими гендерными стереотипами групп женщин с различным исходом

беременности. Среди женщин с невынашиванием, наиболее часто встречается маскулинный гендерный стереотип, реже всего феминный гендерный стереотип. Андрогинный гендерный стереотип, признаваемый на современном этапе более адаптивным, занимает промежуточное место между маскулинным и феминным стереотипами. Среди женщин с благополучным исходом беременности, наиболее часто встречается андрогинный гендерный стереотип, а также стоит отметить преобладание феминного над маскулинным гендерным стереотипом у данных женщин.

Литература

1. Вавилова Л.В. Невынашивание беременности (этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение): Учеб. – метод. пособие./ Л.В.Вавилова, С. Л. Якутовская, В.Л.Силява. – Минск: БЕЛМАПО, 2004 - 44 с.
2. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. Спб.: Питер, 2003. – 544 с.
3. Крылов А.А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособие// Под общей ред. А.А.Крылова, С.А. Маничева. – Спб.: Питер, 2000. – 560 с.
4. Набиуллина Р.Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция)// Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова// Учебное пособие/ Казанская государственная медицинская академия – Казань, 2003. — 99 с.
5. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре – СПб.: Речь, 2006. – С.82-103.

УДК 378.026

Д.Э. Асанбаева

**К ВОПРОСУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ ПОВЕДЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНА**

**Кафедра Психологии и педагогики, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме. Психологические особенности общения медицинского персонала с пациентами. Нормы врачебной деонтологии.

Ключевые слова: деонтология, нормы поведения, общение.

D.E.Asanbaeva

TO THE QUESTION OF PSYCHOLOGICAL AND ETHICAL MEDICAL PERSON

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Psychological peculiarities of communication of medical staff with patients. Rules of medical deontology.

Keywords: deontology, standards of conduct, communication.

Актуальность темы:

Эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением. Человеколюбие не только является основополагающим критерием выбора профессии, но и непосредственно влияет на успех врачебной деятельности, в значительной степени определяя меру врачебного искусства.

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника.

Деонтология (греч. deon, deontos — должное, надлежащее + logos — учение) — совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей [1].

Нормы и принципы врачебной деонтологии и этики могут верно ориентировать медицинского работника в его профессиональной деятельности только в том случае, если они не произвольные, а научно обоснованы. Только тогда они будут теоретически осмысленными и найдут широкое признание.

Цель исследования:

Целью нашей работы является изучить психологические, этические нормы, опросить пациентов и узнать их мнение по вопросу отношения с медицинским персоналом.

Материалы и методы: опрос пациентов РКОД.

Общение медицинского персонала с пациентами часто затруднено теми или иными психологическими барьерами. Укажем основные из них.

1. Информационные барьеры: непонимание (неполное, неправильное понимание) передаваемого сообщения.

2. Мотивационные барьеры: партнеры по общению не осознают и не учитывают различия в том, что побуждает их вступать в контакт и какие цели они преследуют. Иногда же эти цели прямо противоположны (например, врачу бывает важно узнать как раз то, что пациент скрывает). Нередко больной стремится продлить беседу, а врач – «свернуть» ее, так как для него это лишь один из многих больных.

3. Ролевые барьеры: расходятся представления собеседников о нормах общения, соответствующих их социальным ролям (например, больной считает, что врач всегда обязан выслушивать его до конца, не перебивая, а врач думает иначе).

4. Барьеры установок: предвзятое мнение о собеседнике, существующее еще до общения с ним, часто препятствует установлению контактов, взаимопониманию. У больного негативное отношение к врачу может объясняться длительным и безуспешным предыдущим лечением, сведениями, полученными от соседей по палате и т. д.

5. Барьеры «обратной связи»: неумение быстро и правильно определить, понятно ли сообщение собеседнику и какова его реакция [3].

Полезно придерживаться следующих рекомендаций:

1. Не забывайте думать о том, поймет ли вас больной и не истолкует ли ваши слова неверно. Избегайте специальной терминологии, неопределенных и двусмысленных слов и выражений.

2. Старайтесь понять основные мотивы и потребности пациента, влияющие на процесс общения.

3. Помните, что возможны расхождения в представлениях о нормах поведения врача и больного.

4. Учитывайте эмоциональное состояние больного, ориентируясь не только на его слова, но и на внешние проявления эмоций (даже малозаметные и скрываемые).

5. Будьте терпимы к неприятным для вас особенностям поведения больного в процессе общения. Учитесь говорить с разными пациентами: замкнутыми и общительными,

импульсивными и неторопливыми, склонными к доминированию и к подчинению, застенчивыми и агрессивными и т. д.

6. Старайтесь не строить общение на основе стереотипных представлений («все они такие»). Оценивайте и учитывайте индивидуальные особенности больного [2].

В практической части нашего исследования мы провели опрос среди пациентов РКОД, респондентам были заданы следующие вопросы:

1) Довольны ли вы качеством обслуживания мед. персонала?

2) Всегда ли медсестры проявляют гуманное и вежливое отношение?

3) Всегда ли вы получаете интересующую их информацию на доступном и понятном языке?

4) Стал ли бы вы предпринимать что – либо, если работник мед. персонала проявил недоброжелательное отношение к вам (хамство и т. д.)?

Среди ответов предлагалась два варианта ответа да/нет.

Результаты и обсуждение:

Исследование показало следующие результаты: по первому вопросу респонденты ответили да - 66%, нет - 34%; на второй вопрос дали положительный ответ 78%, отрицательный 22%; на третий вопрос ответили да - 64%, нет - 36% и на четвертый вопрос пациенты дали положительный ответ 30% и отрицательный 70%.

Данные представлены на рисунке 1.

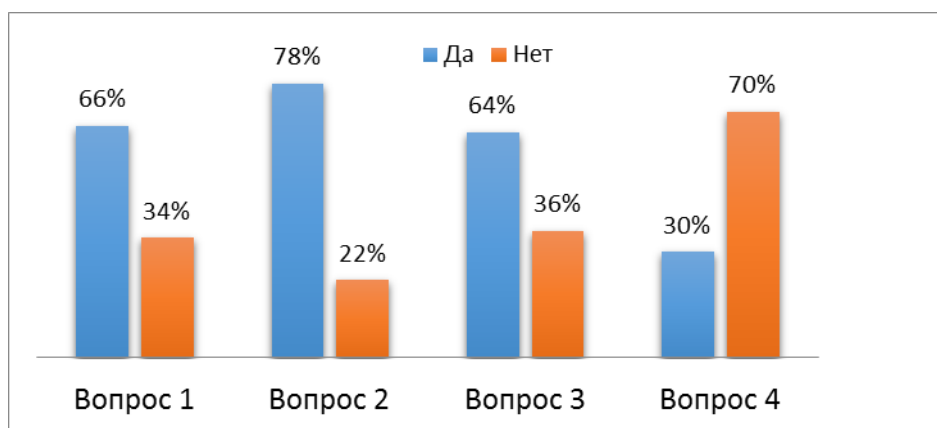


Рис.1 Результаты опроса пациентов РКОД (в%)

Также респондентам был задан вопрос, предполагавший открытый вариант ответа: «Какие качества медицинского работника для вас являются наиболее значимыми?»

Результаты следующие: первое место заняло такое качество как профессионализм - 46%,

второе место внимательность - 20%, третье место досталось вежливости – 14%, также среди часто встречаемых были название таеих качеств как доброжелательность - 11%, дружелюбие – 9%. Данные представлены на рисунке 2.

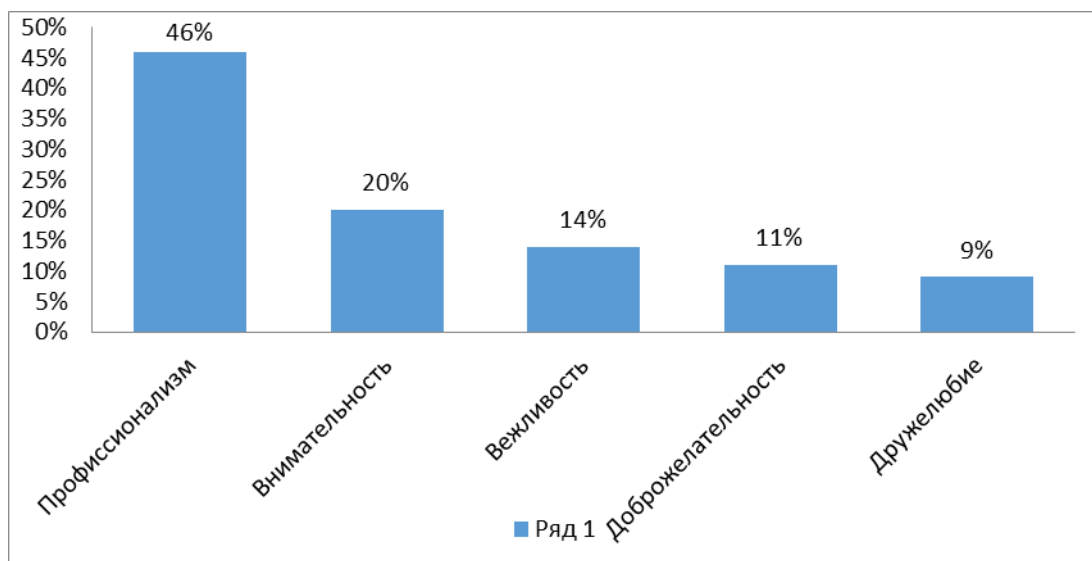


Рис. 2 Важные качества медицинского работника, по мнению пациентов РКОД

Заключение и выводы:

Таким образом, количество пациентов удовлетворенных качеством обслуживания медицинским персоналом составляет, согласно нашему исследованию, более 70%, не довольные – около 30% опрошенных по тем или иным причинам. Мы считаем, чтобы уменьшить процент недовольных пациентов необходимо проводить медико-просветительную работу с медицинским персоналом.

Исходя из данных показателей, можно сделать выводы, что качество обслуживания в стационаре находится на хорошем уровне. Также можно утверждать, что этика в поведении медицинского персонала играет немаловажную роль в ходе лечения пациентов и при общении с ними.

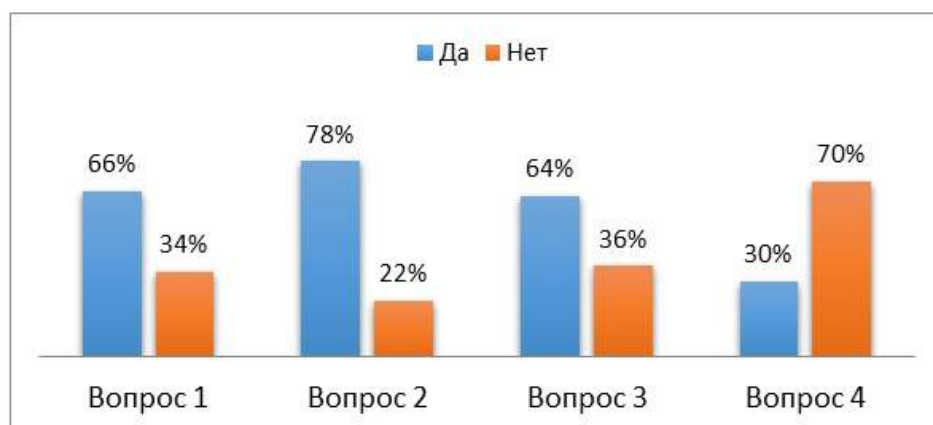


Рис.1 Результаты опроса пациентов РКОД (в%)

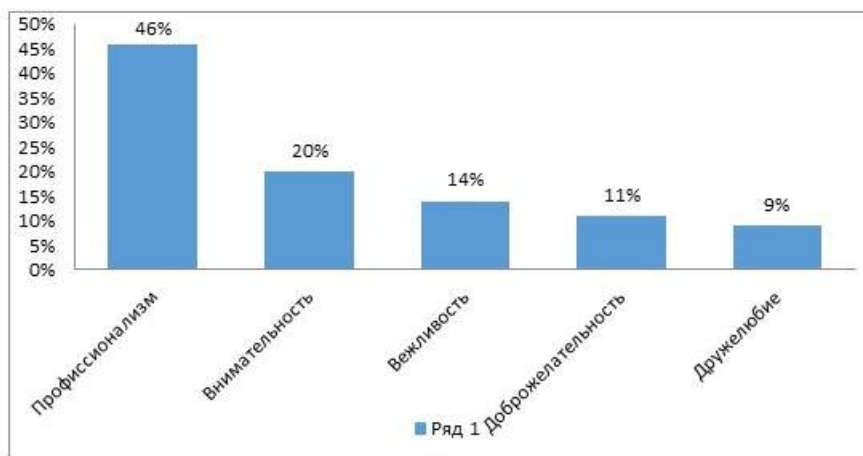


Рис. 2 Важные качества медицинского работника, по мнению пациентов РКОД

Литература

- 1) Иванюшкин, А.Я. Профессиональная этика в медицине.- Москва,1990.
- 2) Селезнев, С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля/ (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) [Электронный ресурс]/ С.Б. Селезнев // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2011. № 4
- 3) Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / И. Харди, М. Алекса.– Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988.
- 4) [<http://www.sisterflo.ru/ethics/>]

УДК 616.28-008.1-053.2:371.335

Л.А. Базгутдинова

**СВЯЗЬ ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ И НАГЛЯДНО-СЛОВЕСНЫХ
СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье рассматриваются особенности обучения детей с нарушением слуха и закономерности подготовки, касающиеся зрительного восприятия и усвоения знаний.

Ключевые слова: слабослышащий ребенок, нарушение слуха, наглядно-словесные средства обучения, зрительное восприятие.

L. A. Bazgutdinova

**COMMUNICATION OF VISUAL PERCEPTION AND EVIDENT AND VERBAL
TUTORIALS AT CHILDREN WITH THE HEARING DISORDER**

Bashkir state medical university, Ufa

Resume. In this article features of training of children with a hearing disorder and the regularities of preparation concerning visual perception and assimilation of knowledge are considered.

Key words: hearing-impaired child, hearing impairment, visual- verbal learning tools, visual perception.

Актуальность исследования. На сегодняшний день существует много нерешенных задач в новой педагогической системе обучения слабослышащих детей. Предстоит еще разработать новую концепцию образования детей с нарушением слуха, основанную на множественности подходов, на сотрудничестве и взаимообогащении всех существующих направлений образования слабослышащих детей. В связи с потерей слуховых ощущений и восприятий у детей с нарушением слуха особую роль приобретают зрительные ощущения и восприятия. Зрительный анализатор ребенка с нарушением слуха становится ведущим, главным в познании окружающего мира и в овладении речью. Поэтому необходимость наиболее активного использования связи зрительного анализатора и наглядно-словесных средств в обучении детей с нарушением слуха очевидна.

Цель работы: изучить влияние зрительного восприятия и наглядно-словесных средств на обучение детей с нарушением слуха.

Материалы и методы: материалы Республиканской медико-психолого-педагогической комиссии Министерства образования Республики Башкортостан; наблюдение и анализ.

Обсуждение и результаты:

Познавательная активность слабослышащего ребенка выше, когда он видит реальный предмет. В тех случаях, когда он в учебно-познавательной деятельности опирается только на изображение предмета, изучаемый материал воспринимается с меньшим успехом. Поэтому у детей с нарушениями слуха зрительное восприятие слов (“глобальное чтение”), написанных на табличках, начинается с нерасчлененного восприятия и узнавания табличек (сначала – по цвету, фактуре, позднее – по первой букве слова и т.п.). Эти таблички педагог соотносит с определенными предметами и действиями, т.е. благодаря зрительному восприятию слов у слабослышащих детей закладываются представления о сигнальных функциях слов и их фонетическом строе. Для них зрительное восприятие слов – первый этап знакомства с языком.

Зрительные ощущения и восприятия у детей с нарушениями слуха развиты не хуже, чем у слышащих детей, а в ряде случаев развиты лучше. Слабослышащие дети часто подмечают такие детали и тонкости окружающего мира, на которые не обращает внимания слышащий ребенок. Ребенок с нарушением слуха может воспринимать речь говорящего, опираясь, главным образом, на зрительные восприятия. Каждая фонема нашего языка имеет свой соответствующий артикулярный образ. Поэтому слабослышащий ребенок зрительно воспринимает и запоминает этот образ. В дальнейшем в процессе длительных упражнений он уже может различать зрительно артикуляторные образы целых слов.

В процессе обучения воспитания у слабослышащих совершенствуется тонкость и дифференцированность зрительного восприятия, в том числе мимики, движений губ, лица и жестов партнеров по общению, изменений положения пальцев при дактилировании.

На основании этого, нами рассмотрен принцип связи наглядных и словесных средств обучения.

Традиционно принцип наглядности рассматривался в дидактике с точки зрения опоры на чувственный, познавательный опыт ребенка. Он предполагает организацию наблюдений в целях накопления, систематизации и обобщения чувственных образов как основы формирования новых понятий, выводов, правил в учебно-воспитательном процессе, что правомерно для первоначального этапа обучения детей с нарушениями слуха. Такой принцип приобретает особую значимость в обучении слабослышащих учащихся. Лишенный слуха, а значит, и возможности самостоятельно овладеть словесной речью, сформировать словесно-логическое мышление, слабослышащий, вне специального обучения постигает

лишь способы наглядно-действенного и наглядно-образного отражения окружающей жизни. Объем внешних воздействий на слабослышащего ребенка при этом сужен, взаимодействие со средой обеднено, общение с окружающими людьми затруднено. На начальном этапе обучения, наглядность облегчает слабослышащему познание многообразия конкретных явлений, предметов окружающего мира, обеспечивает связь между словом и образом, создает условия для развития наблюдательности, коррекции восприятия и мышления. При этом наглядность сама по себе не гарантирует активного наблюдения, для которого характерно формирование у учащихся внутренних вопросов, активной мысли. Принцип наглядности требует, чтобы в любом акте наглядного обучения, восприятие и абстрактное мышление выступали в единстве. Использование наглядности способствует развитию воображения, яркому запечатлению и длительному сохранению в памяти учебного материала, стимулирует познавательный интерес к изучаемому предмету.

Развивающее влияние наглядности зависит от разнообразия наглядных пособий и методических приемов их использования. Среди наглядных средств, применяемых в обучении слабослышащих, можно выделить:

- средства предметно-образной наглядности (натуральные предметы, их плоскостные объемные изображения), которые помогают компенсировать бедность чувственного опыта слабослышащих детей, обеспечить формирование четких образов новых предметов и явлений, актуализацию образов прошлого опыта школьников;

- средства знаковой (условной) наглядности (схемы, опорные сигналы, чертежи, карты, графики, таблицы, опорные конспекты и т.д.), облегчающие процесс преобразования мышления;

- средства динамической наглядности (диафильмы, видеофильмы, кинофильмы или их фрагменты, компьютеры, ТСО), позволяющие учащимся с нарушениями слуха увидеть предмет в действии, процесс в развитии.

Особая роль в организации познавательной деятельности слабослышащих учащихся в современной школе отводится компьютерам. Компьютер позволяет значительно расширить спектр решаемых задач, сформировать качественно новый образ явления, провести моделирование экспериментов, которые невозможно организовать в лабораторных условиях. Графические возможности компьютера позволяют продемонстрировать динамические явления, которые нельзя описать словами или изобразить на доске. Использование компьютеров делает учебный процесс более интересным и эффективным, экономит время учащихся, разнообразит творческую деятельность.

Экспериментальным путем были проверены различные формы сочетания слова учителя и применяемых им средств наглядности, а также роль слова учителя в организации наблюдений. Сочетание слова и средств наглядности изменяется в зависимости от этапа обучения и уровня знаний слабослышащих детей. В младших классах наглядность является исходным пунктом обучения, ей отводится больше места, на ее основе формируется словесное обобщение. Старшеклассники, овладев различными формами речи, в состоянии воспринимать и усваивать знания на словесной основе, а наглядность может выступать как иллюстрация излагаемого материала, как способ раскрытия внутренних связей, как способ решения познавательной задачи в форме лабораторных или практических работ.

При использовании средств наглядности всегда необходимо учитывать диалектическую взаимосвязь чувственного и логического познания, направленного на формирование языковых средств восприятия научных понятий слабослышащими, на развитие умения связывать усвоенные понятия с практикой жизни.

Вывод. У слабослышащих детей отсутствие слуха компенсируется зрительным восприятием. Особое значение в обучении слабослышащих детей придается соотношению между словом учителя и наглядностью. Наглядность сама по себе не вызывает активного наблюдения у слабослышащих детей, и задача сурдопедагога – создать такие условия для ее восприятия, чтобы у них возник вопрос, появилось стремление узнать и понять что заключает в себе то или иное наглядное средство. Поскольку восприятие слабослышащих детей протекает медленнее, чем у слышащих, выбор средств наглядности должен соответствовать возрасту и уровню их речевого развития, чтобы обеспечить взаимосвязь наглядных образов со словесным оформлением в их восприятии.

Литература

1. Боскис, Р. М. Учителю о детях с нарушенным слухом. - М: Просвещение, 1988 – 128с.
2. Выготский, Л. С. Проблемы общей психологии // Выготский Л. С. - Собр. соч.: В 6 т. - М: Педагогика, 1982. - Т. 2. – С.5 – 361.
3. Красильникова О. А. Система работы по формированию умений глухих школьников создавать высказывание с элементами рассуждения на уроках чтения в начальной школе // Инновационные подходы к обучению и воспитанию детей с нарушенным слухом. - СПб.: Образование, 1997. – С. 34-43.
4. Материалы Республиканской медико-психолого-педагогической комиссии Министерства образования Республики Башкортостан. –Уфа, 2016. -67с.

УДК 616-052

В. Ф.Марданшина

ЭВТАНАЗИЯ - ЗА ИЛИ ПРОТИВ?

Кафедра Педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: В статье приводятся общие сведения об эвтаназии, размышления об отношении общества к этому способу медицинского решения проблемы прекращения жизни.

Ключевые слова: ответственность врача, констатация смерти, эвтаназия

Mardanshina V.

EUTHANASIA - FOR OR AGAINST

Department of Pedagogics and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: This article provides general information concerning euthanasia, reflection of the attitude of society to this process, the medical solution to the problem the termination of life.

Keywords: responsibility of a doctor, a statement of death, euthanasia

Эвтаназия - актуальная проблема в наше время. В стране люди разделились на 2 половины: за и против.

Цель исследования: проследить за общественным мнением по поводу легализации эвтаназии в России среди вторых курсов.

Материалы и методы: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; эмпирические методы (беседа); методы математико-статистической обработки результатов.

С давних времен на плечи врачей ложится невероятная ответственность за жизнь пациентов. Но не всегда исход благополучен. Тогда врачи принимают на себя такую миссию как констатация того момента, когда человек считается умершим. Наделение врача правом определения момента смерти пациента относится к середине 19 столетия, связано оно с процессом модификации смерти.

До этого периода «от врача вовсе не требовалось наличие у постели больного вплоть до его смерти. Напротив, врач, убедившись, что пациент безнадежен, считал свою миссию законченной» - писал Юдин.

Но как бы то ни было ситуация стала меняться: врачи приобрели право, а затем и обязанность констатировать смерть. Американский историк медицины М. Перник

подчеркивает, что в результате проблема определения момента смерти стала вопросом, требующим применения технических средств, методов и критериев, известных только специалистам. Тем самым рассуждает он, медики обрели новую монополию, а стало быть- и новую власть в обществе.

В биоэтике появляется такой термин как эвтаназия. Впервые он был введен английским философом Френсисом Бэконом в 17 веке. Термин эвтаназия происходит от греческих слов *eui* — «хорошо» и *thanatos* — «смерть» и означает сознательное действие, приводящее к смерти безнадежно больного и страдающего человека относительно быстрым и безболезненным путем с целью прекращения неизлечимой боли и страданий. (И. В. Силуянова “Биоэтика в России: ценности и законы”).

Этот способ медицинского решения проблемы смерти (прекращения жизни) вошел в медицинскую практику под влиянием двух факторов: Во-первых, прогресс медицины, во-вторых, смена ценностей и моральных приоритетов.

Различают пассивную и активную эвтаназию. При пассивной эвтаназии прекращается оказание медицинской помощи, жизненно поддерживающего лечения, что ускоряет наступление искусственной смерти. Активная эвтаназия- это введение врачом летальной дозы препарата.

В ряде стран эвтаназия равновесна достойному уходу их жизни. Тем не менее споры о гуманности и целесообразности ведутся по всему миру, в том числе и в России. С точки зрения федерального закона « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в Гл.5 ст.45 говорится, что медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими- либо действиями (бездействиями) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

С либеральных позиций добровольная эвтаназия основана на фундаментальном человеческом праве — праве умереть, если смерть — единственное избавление от страданий.

Основными аргументами в пользу признания добровольной эвтаназии становятся сострадание к другим и признание права человека самому определять время собственной смерти.

Анализ данных по работе:

Из опрошенных 100 студентов БГМУ нами выявлены следующие факты: среди них были студенты 2 курса мужского и женского пола.

Были заданы такие вопросы как: 1. «Согласны ли Вы с тем, что эвтаназия должна быть узаконена в России?»

64% ответили – нет, 21%-затруднились в ответе, 15%- ответили да.

2. «Если кто-то из ваших родственников находился в коматозном состоянии, дали бы вы, как его представитель, согласие на эвтаназию?»

72%- отрицательный ответ, 20%-затруднились ответить,8%-ответили да.

Рис.1



Рис.2



Из выше приведенных данных видим, что люди относятся к термину эвтаназия с негативом и отрицанием.

В каждом человеке всегда живёт надежда на исцеление. Даже рядом с умирающим человеком родные и близкие до последнего будут бороться за его жизнь и будут против отключения его от системы и тем более внедрение в больного различных препаратов останавливающие его жизнь. С другой стороны, врачи обрывают жизнь не тем больным, которые имеют шанс к выздоровлению, а людям, страдающим от жутких болей, единственный выход которых, это быстрая и безболезненная смерть.

Таким образом, суть проблемы эвтаназии заключается в убийственном причинении врачом смерти больному или по просьбе самого умирающего, либо его родственников.

В этот момент медицинский работник в большей части видит в больном только пациента, потому что он должен помочь. Но задача состоит в том, чтобы видеть не больного,

а человека! Но в большинстве случаев этого не делает никто, включая близких. И находится иной выход- эвтаназия. Так кем же станут врачи, призванные спасти жизни, если эвтаназия будет узаконена? Станут ли они в роли палачей? И все же цена вопроса очень велика - ведь на кону человеческая жизнь!

Заключение и выводы: Одно из значений эвтаназии по «краткому оксфордскому словарю» это спокойная и легкая смерть. Так ли это на самом деле? На мой взгляд, помочь умирающему человеку, это долг врача. Хотя в России рассматривали вопрос о разрешении эвтаназии, в конечном счете, пришли к отрицательному ответу. Аргументировали это общественным мнением, которое было против таких процедур.

Литература

1. ” И. В. Силуянов “Биоэтика в России: ценности и законы”, 2001
2. Введение в биоэтику под редакцией Юдина Тищенко. Прогресс-Традиция, 1998
- 3.ФЗ «Об основах охраны здоровья и граждан в РФ» Москва,2015

УДК 616-052

Н.Т. Саттарова, А.Н.Поладов

ПРАВДА ОБ ИНКУРАБЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ

Кафедра Педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Статья посвящена проблеме разглашения диагноза инкурабельному больному. Выявлена и обоснована необходимость сообщения больному о его состоянии. Авторы анализируют данные опроса студентов БГМУ, содержащий вопрос «Хотели бы вы знать свой инкурабельный диагноз?»

Ключевые слова: тайна врача, права врача, права пациента, инкурабельный диагноз

Sattarova N.T., Poladov A.N.

THE TRUTH ABOUT THE INCURABLE DIAGNOSIS

Department of Pedagogics and psychology

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The article deals with the disclosure of the diagnosis of incurable patients .Revealed and substantiated the necessity of the message to the patient about his condition.The authors analyzed data from a survey of students BSMU containing the question " Would you like to know your diagnosis of incurable ? "

Keywords: The Mystery of the doctor, the doctor of law, the rights of a patient diagnosed with incurable.

Актуальность: В современном мире всё чаще задается вопрос о необходимости разглашения инкурабельного диагноза. Перед врачом встает выбор, от которого зависит судьба человека. Уже долгое время люди пытаются решить данную проблему не только в нашей стране, но и за рубежом.

Цель исследования: Изучить студентов 1-4 курсов на проблему разглашения диагноза инкурабельному пациенту; выявить необходимость сообщения диагноза больному.

Материалы и методы: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; эмпирические методы (беседа); методы математико-статистической обработки результатов.

Результаты и обсуждение: В течение более чем двух тысячелетий своего существования медицинская тайна всегда понималась как обязанность врача не разглашать третьим лицам сведения о больном. Однако есть и другой аспект этого понятия, а именно

права врача на сокрытие сведений о болезни от самого пациента. Однако имеющиеся факты свидетельствуют о том, что врачи злоупотребляют указанным правом.

Право врача не сообщать пациенту о его состоянии заключается в том, что если врачу известно о тяжелом, смертельном заболевании лица, он не обязан немедленно и по собственной инициативе сообщать об этом каждому больному. Но в использовании этого права врач ограничен.

Во-первых, если больной сознательно требует сказать ему правду, врач должен это сделать. Статья 22 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан «информация о состоянии здоровья...».

Во-вторых, не должно быть сокрытия сведений от пациентов и в том случае, если это влечет за собой нарушение интересов других лиц.

Если врач скрывает информацию от пациента, невзирая на указанные ограничения, это не всегда является злоупотреблением правом. Представляется, что правомерными действия врача можно считать только при соблюдении одновременно трех следующих условий:

1. сокрытие информации от пациента совершается с целью освобождения его от моральных страданий;
2. касается смертельного заболевания;
3. это заболевание не ставит под угрозу здоровье других людей.

Первое условие. Намерение освободить пациента от моральных страданий направлено в пользу больного и не содержит в себе личной или иной корыстной заинтересованности врача.

Второе условие. Под смертельным заболеванием следует понимать болезнь или стадию развития болезни, которая является неизлечимой и неизбежно приводит к летальному исходу (исключением является несообщение диагноза больному, который не способен адекватно воспринимать окружающую действительность и принимать значимые решения).

Третье условие. Заболевание не представляет угрозы для здоровья других людей в том случае, если не является инфекционным, то есть, не передается от зараженного человека здоровому.

Скрывать сведения о состоянии здоровья пациента возможно двумя способами. Во-первых, сообщать ложную информацию, во-вторых, сообщать информацию не полностью. В обоих случаях виновное лицо должно нести ответственность за свои действия (бездействие), если это повлекло тяжкие последствия. [3]

Сравнение с другими странами.

На Западе проблему умалчивания решили кардинально – информировать пациента обо всем, что касается его здоровья даже в случае безнадежных заболеваний, если сам факт сообщения диагноза не даст мгновенных осложнений.[2]

Вряде государств, например в Польше или Эстонии, вообще отсутствуют статьи, предусматривающие ответственность за нарушение права лица на информацию, затрагивающую его права и свободы. В других странах, в частности, в Дании, Таджикистане, Казахстане, такие статьи существуют, но субъектом преступления является должностное лицо. Тем не менее, в некоторых государствах существуют нормы, специально не направленные на защиту права пациента, однако позволяют привлечь к ответственности за злоупотребление правом на тайну от больного.[3]

Результаты и обсуждения: Из опрошенных 500 студентов (среди них были студенты 1, 2, 3, и 4 курсов)БГМУ с вопрос «Хотели бы вы знать свой инкурабельный диагноз?»нами выявлены следующие факты:70,4 % составляют студенты женского пола с ответом – ДА, с ответом –НЕТ женского пола 13,6 %, мужского пола с ответом –ДА оказалось тоже 13,6 %, а с ответом – НЕТ было 2.4 %.

Среди опрошенных студентов прозвучали следующие комментарии:

- 1) 4 человека сказали: “Чтобы остаток жизни отлично прожить”.
- 2) Некоторые ответили, что это - стимул, чтобы больше хороших дел сделать.
- 3) Также студенты говорили, что оставшуюся жизнь надо провести со своими родными.

Некоторым студентам не хотелось узнать свой инкурабельный диагноз:

- 1) Одни сказали, что боятся этого .
- 2) Другие же ответили, что невозможно после этого спокойно жить.
- 3) Третьи говорили, что испугаются.

Таблица1

Полученные данные

Пол	Ответ	Количество человек	%
женский	+	352	70.4
женский	-	68	13.6

мужской	+	68	13.6
мужской	-	12	2.4

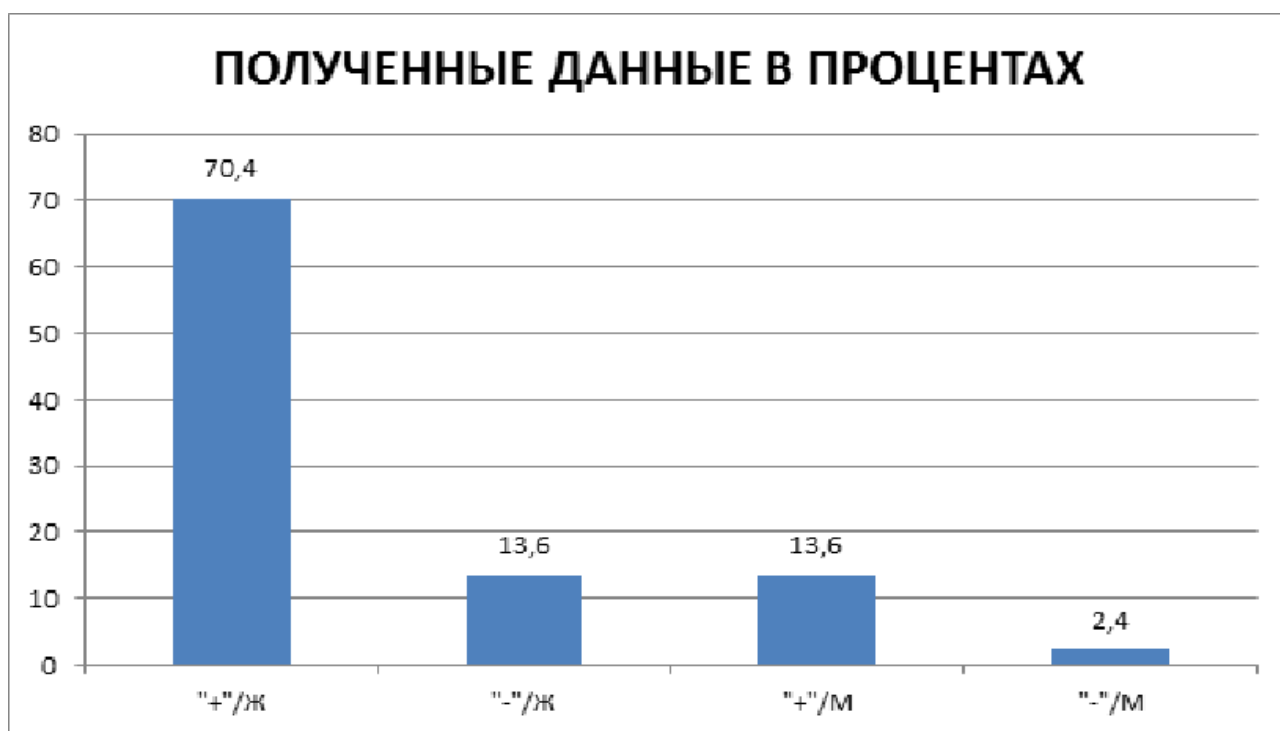


Рис.1. Полученные данные.

Заключение и выводы: Из вышеприведенных данных видим, что студентов с ответом-ДА больше, чем с ответом НЕТ. Это подтверждает наше мнение, что, действительно, человек должен знать, что с ним может быть, несмотря на любой диагноз и быть всегда готовым к



этому.



Пол	Ответ	Количество человек	%
женский	+	352	70.4
женский	-	58	13.6
мужской	+	58	13.6
мужской	-	12	2.4

Литература

1. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. «Проблема врачебной тайны в онкологии». http://www.help-patient.ru/psychological_help/doctors/medical_secret/
2. Сосницкая О.Т. «Когда скрывают диагноз»//Будь здорова. <http://medportal.ru/budzdorova/things/1374/>
3. Папеева К.О. «Право на сокрытие информации от пациента»//Медицинское право. 2004.-N 4.-С.17-21. <http://med-stud.narod.ru/med/law/concealment.html>

УДК 17,01

Г.З.Рахматуллина, А.Р.Хамидуллина

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЭТИКИ

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Резюме: В данной работе представлены общие проблемы биомедицинской этики; положительные и отрицательные стороны данной науки; нормы закрепленные законодательством РФ; исследование мнения современников о биоэтических аспектах.

Ключевые слова: биоэтика, проблемы, история развития, причины возникновения, нравственные принципы биомедицинской этики.

G.Z.Rakhmatullina, A.R. Khamidullina

THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF MEDICAL BIOETHICS

Department of Pedagogics and Psychology

Bashkir State Medical University [Ufa, Russia]

Summary: This paper presents the common problems of biomedical ethics; positive and negative aspects of this science; rules laid down by the legislation of the Russian Federation; Study opinion of contemporaries about bioethical aspects.

Key words: Bioethics, problems, history of development, causes, moral principles of biomedical ethics.

Актуальность: в настоящее время биоэтика является объектом обсуждения не только многими специалистами медицины, но и представителями церкви.

Цель: обеспечить системное усвоение вопросов темы, сформировать четкое представление о понятие биомедицинской этики.

Этика — наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, которая в условиях новых технологий позволяет не только использовать достижения научно-технического прогресса на благо человека, но и предупреждать практикующего врача, о недопустимости нанесения вреда человеку, его потомству, окружающему миру, заставляя испытывать невольное «благоговение перед жизнью».

Причины возникновения этики:

- новое понимание прав человека;
- появление высоких биомедицинских технологий;
- высокая стоимость лечения. [1]

Научно-технический прогресс, затронувший все стороны жизни общества, оказал свое воздействие и на медицину. Под ее контроль попали процессы репродукции человека [возникновение, сохранение и прерывание беременности], ход эмбрионального и плодового развития. Появилась реальная возможность в лечении мужского и женского бесплодия, пренатальной диагностике врожденных пороков и наследственных болезней, сохранении жизни ранее обреченным детям. Вопреки ожиданиям, новые технологии, возникшие на основе биологии и генетики, биохимии и физики, не всегда воспринимаются обществом однозначно, они вызывают не только восхищение, но и упорное противодействие, так как не укладываются в традиционные представления. Тем не менее целесообразность использования новых технологий может быть определена такими понятиями, как потребность, эффективность, риск, стоимость, мораль и право.

Этика – область междисциплинарных исследований этических, философских и антропологических проблем, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новейших технологий в практику здравоохранения.

Развитие биоэтики обусловлено тем, что в современном мире медицина претерпевает процесс цивилизационных преобразований. Она становится качественно иной, не только более технологически оснащенной, но и более чувствительной к правовым и этическим аспектам врачевания. Этические принципы для новой медицины хотя и не отменяют полностью, но преобразуют основные положения «Клятвы Гиппократата», которая была эталоном врачебного морального сознания на протяжении веков. Традиционные ценности милосердия, благотворительности, не нанесения вреда пациенту и другие получают в новой культурной ситуации новое значение и звучание.

К биоэтическим относят моральные и философские проблемы аборта; контрацепции и новых репродуктивных технологий [искусственное оплодотворение, оплодотворение «в пробирке», суррогатное материнство]; проведения экспериментов на человеке и животных; получения информированного согласия и обеспечения прав пациентов [в том числе с ограниченной компетентностью – например, детей или психиатрических больных]; выработки дефиниции [определения] смерти; самоубийства и эвтаназии [пассивной или активной, добровольной или насильственной]; проблемы отношения к умирающим больным [хосписы]; вакцинации и СПИДа; демографической политики и планирования семьи; генетики [включая проблемы геномных исследований, геной инженерии и генотерапии]; трансплантологии; справедливости в здравоохранении; клонирования человека, манипуляций со стволовыми клетками и ряд других.[5]

Термин «биоэтика» ввел в употребление Ван Ренселлер Поттер. В книге "Биоэтика: мост в будущее" [1974], автор описывал необходимость новой этики, предметом которой являлось бы выживание человечества, которая могла бы противостоять вызову, брошенному человечеству научно - техническими достижениями и экологическими катаклизмами.[10]

Появившаяся в 70-х г. биоэтика была своего рода «криком о помощи» со стороны тех людей, которые сами не занимались медицинскими и биологическими исследованиями, но оказались поставленными перед лицом риска и отрицательных последствий таких исследований, о которых врачи и ученые не знали, как их избежать, или которые они не всегда хотели контролировать.

Анри Пуанкаре (1910) находил смехотворной саму мысль о том, что парламенты разных государств могут принимать компетентные решения по вопросам научных исследований. Он писал: «Следует руководствоваться своей совестью; любое правовое вмешательство будет неуместно и несколько нелепо».

Вероятно, первая правовая структура, которая стала частью биоэтики началась на Нюрнбергском процессе (1947), когда правда о жутких деяниях нацистских врачей стала известна потрясенному человечеству. Нацистские врачи умертвляли: людей с физическими недостатками, людей, считавшихся "бесполезными" для общества, душевнобольных, цыган и маргиналов. Ими была разработана чрезвычайно «эффективная» программа эвтаназии. Такого же рода злодейские опыты ставились врачами в Японии во время Второй мировой войны.[4]

В 1963 г. в Бруклине в Еврейской больнице для страдающих хроническими заболеваниями в качестве эксперимента престарелым пациентам без их согласия были введены активные раковые клетки.

В период между 1965 и 1971 г. в Государственной больнице Уиллоубрук, Нью-Йорк, проводились исследования вирусного гепатита. В ходе этих исследований вирус гепатита вводился детям с физическими недостатками, находившимся в данной больнице.[4]

«Человека следует уважать в себе и в других»,- сказал И.Кант. Из него следует правило, состоящее в том, что «проводить на человеке какие-либо эксперименты можно лишь при условии полной осведомленности человека об эксперименте и при наличии его [или ее] согласия на эксперимент, полученного в условиях свободного волеизъявления» (Нюрнбергская Декларация, 1947 г.)

Одним из последних документов в области биоэтики экспериментов на человеке является Конвенция «О правах человека и биомедицине», принятая в 1996 г. Парламентской Ассамблеей Совета Европы. Главнейшее требование Конвенции состоит в том, чтобы

фундаментальные проблемы прогресса биологии и медицины, а также практическое использование достижений науки были подвергнуты широкому общественному обсуждению и надлежащим консультациям. В 1997 году был принят «Дополнительный Протокол», запрещающий клонирование человека.

Вот почему требуется, чтобы те люди, на которых в лечебных целях предполагается апробировать лекарства, были полностью информированы, дали на это свое согласие или даже добровольно заявили о своем желании подвергнуться эксперименту на благо человечества.

Но все изменилось: сегодня уже говорят об учреждении научного трибунала для урегулирования спорных вопросов; некоторые хотят написать свод законов для научных исследований, поступают просьбы о том, чтобы научные журналы воздерживались от публикаций результатов исследований в том случае, если эти результаты получены с помощью средств, которые могут вызвать возражения с точки зрения нравственности.

В отношении генетических исследований, в связи с разногласиями по поводу рекомбинантной ДНК, появилась даже мысль о том, что «легче живется, когда ничего не знаешь». В заключении, как сказал Аристотель: «Человеческая сущность такова, что люди хотят знать». Вот почему врачу, исследователю нужна мудрость – мудрость, с которой специалисты должны подходить к своим научным работам. Мы сами себе должны закрыть доступ к знанию, на восприятие которого у нас не хватает нравственности. «Возможно, высшая мудрость состоит в том, чтобы признать, что мы недостаточно мудры для того, чтобы знать, чего мы не хотим знать» [Коуэн, 1977]

Литература

1. Врач и больной или по-новому о старом. Учебное пособие / Г.М. Местергази – Москва. Изд-во БИНОМ. Лабораторные знания.- 2009. -110с
2. ВОЗ www.who.int/ru/
3. Конвенция ООН/ Конвенция о правах ребенка – Москва РИОР -2011. – 24с
4. "Медицинское право и этика", 2003, N
5. Основы медицинского права в России. Учебное пособие. Под редакцией Ю.Д. Сергеева. - Москва Изд-во МИА. - 2011. -356 с.
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [с комментариями юристов] . М.:2012-158с.
7. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. М.:2012-106с.

8. Федеральный закон/ Об основных гарантиях прав ребенка в РФ.- М.:ИНФРА-М.- 2004.-19с.

9. Этюды медицинского права и этики/ А.П. Зильбер – Москва. «МЕДпресс-информ». - 2008. – 847с.

10. [Электронный ресурс <http://www.bioethics.ru/rus/whatbio/>

11. [Электронный ресурс <http://www.bioethics.ru/rus/alledu/id/150/>

12. [Электронный ресурс <http://www.vsm.a.ac.ru/publ/vest/035/site/index12.html>

13. [Электронный ресурс <http://www.hse.spb.ru/edu/recommendations/essay-2005.phtml>

14. [Электронный ресурс <http://www.biorosinfo.ru/biotechninrussia/documents/>

15. [Электронный ресурс <http://www.panor.ru/upload/iblock/3cd/yvpxtayc-2011-3-1.pdf>

УДК 159.9

Д.А. Александрова, Ю.В. Соболева, И.С. Ефремов, А.У. Киньябулатов
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ
ОДИНОЧЕСТВА ОТ ТИПА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СРЕДИ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Кафедра Общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В статье представлены результаты исследования зависимости субъективного переживания одиночества от особенностей межличностных отношений среди студентов медицинских вузов. Исследование проводилось с использованием методики диагностики межличностных отношений Т.Лири (Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком , 1954 г.), дифференциальный опросник переживания одиночества (2013 год, Е.Н. Осин и Д.А. Леонтьев.).

Ключевые слова. субъективное переживание одиночества, межличностные отношения, методика диагностики межличностных отношений Лири, дифференциальный опросник переживания одиночества.

A. D. Alexandrova, Y. Soboleva, I. S. Efremov, A. U. Kinyabulatov
INVESTIGATION OF THE DEPENDENCE OF SUBJECTIVE EXPERIENCE OF
LONELINESS TO THE TYPE OF INTERPERSONAL RELATIONS AMONG MEDICAL
STUDENTS

Department of Public Health and Health Organization with the course IAPE, Bashkir State
Medical University (Ufa, Russia)

Summary. The article presents the results of a study of the subjective experience of loneliness from the interpersonal relations among medical students. The study was conducted using the methods of diagnostics of interpersonal relationships T. Leary (Leary, G. Laforge, R. Cascom , 1954), differential emotions questionnaire of loneliness (2013, E. N. Osin and D. A. Leont'ev.).

Key words. the subjective experience of loneliness, interpersonal relations, methods for diagnostics of interpersonal relationships of Leary, differential questionnaire of experiences of loneliness.

Основатель гуманистической психологии, Абрахам Маслоу, выделил потребность в принадлежности к общности, как одно из первых потребностей человека.[4] При неудовлетворении этой потребности, наступает переживание одиночества. Одиночество -

психическое состояние, переживаемое индивидами, возникающее при несоответствии соотношения качества и количества имеющихся у индивида социальных связей, с потребностями индивида, сопровождающееся плохим настроением и тягостными эмоциональными переживаниями.[5][7]

Актуальность. По нашим исследованиям [3], большая часть студентов медицинских университетов подвержены негативному влиянию стрессов, которые могут привести к снижению качества межличностных отношений, что может стать одной из причин возникновения субъективного переживания одиночества, что делает изучение данной проблемы актуальной, в том числе среди студентов медиков.

Проблемы адаптации, с которыми сталкиваются студенты младших курсов, попадая в новый коллектив, могут привести к возникновению тех или иных трудностей в реализации межличностных отношений.[1]

Некоторые авторы считают, что переживание одиночества может стать причиной социально-психологической дезадаптации, что может привести к нарушению межличностных отношений в группах. [6].

Мы предполагаем, что особенности стиля межличностных отношений в группе, могут быть причиной возникновения субъективного переживания одиночества.

Цель исследования. Установить наличие или отсутствие зависимости субъективного переживания одиночества от особенностей межличностных отношений среди студентов медиков.

При проведении исследования, мы поставили перед собой задачи: выявить распространенность субъективного переживания одиночества среди студентов медиков, а также отношение респондентов к одиночеству; выявить наличие или отсутствие корреляции между типом межличностных отношений и субъективным переживанием одиночества.

Материалы и методы. Респондентами стали 91 студент медицинских университетов России, 76 (83%) женского и 15 (17%) мужского пола. Средний возраст респондентов составил 20,95. 8 респондентов, все женского пола, замужние, 83 – не связаны узами брака.

Исследование проводилось на базе медицинских вузов России, посредством анонимного опроса с использованием портала Google формы.

В качестве методов исследования были использованы: методика диагностики межличностных отношений Т.Лири (Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком , 1954 г.), дифференциальный опросник переживания одиночества (2013 год, Е.Н. Осин и Д.А. Леонтьев.). [8]

Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами непараметрического анализа (уровень значимости – менее 0,05).

Результаты и обсуждения. Экспериментально - психологическое исследование студентов с использованием дифференциального опросника переживания одиночества показало: 50% (46/91) респондентов по шкале «Общее одиночество» набрали баллы среднего значения, 10% (9/91) - выше среднего, что может говорить о нехватке близкого общения с другими людьми; 15% (14/91) показали низкий результат по шкале “Позитивное одиночество”, что может свидетельствовать о неспособности респондента находить ресурс в ситуациях уединения и отсутствие положительных эмоций в связи с уединением; 31% (29/91) показали высокие результаты по шкале “Позитивное одиночество”, что может говорить о том, что респондент испытывает положительные эмоции в ситуациях уединения, умеет ценить их и стремится осознанно уделять время наедине с самим собой в собственной жизни, что положительно коррелирует с творческой активностью; 18% (16/91) показали высокие результаты по шкале “Зависимость от общения», что может говорить о негативном представлении респондента об одиночестве и его склонности искать общение любой ценой с целью избежать ситуаций уединения, которые связаны с неприятными или болезненными переживаниями, 25% (23/91) показали низкий результат по шкале “Зависимость от общения», что может говорить о спокойном, толерантном отношении к переживанию одиночества, ситуациям уединения и одиноким людям.[2] Также было установлено, что позитивное одиночество отрицательно коррелирует с зависимостью от одиночества и положительно с общим переживанием одиночества.

Экспериментально - психологическое исследование студентов с использованием методики диагностики межличностных отношений Лири показало следующее: общее переживание одиночества положительно коррелирует с подозрительным, зависимым и подчиняемым типом межличностных отношений; позитивное одиночество отрицательно коррелирует с дружелюбным типом межличностных отношений; зависимость от одиночества отрицательно коррелирует с эгоистичным и агрессивным типом межличностных отношений и положительно с зависимым, альтруистическим и дружелюбным, что может быть объяснено стремлением индивида к общению с целью избежать уединения.

Таким образом, можно сделать вывод, что люди склонные к зависимому, подозрительному и подчинительному типу отношений, чаще испытывают субъективное переживание одиночества. Люди, менее дружелюбные с окружающими, склонны

испытывать позитивное отношение к одиночеству, что может быть объяснено отсутствием необходимости в общении с целью избежать одиночества.

Полученные данные позволяют говорить о необходимости дальнейшего изучения вопроса одиночества.

Литература

- 1) Г.Р.Шагивалеева “Одиночество и особенности его переживания студентами”
Казанский педагогический журнал Выпуск № 2 / 20
- 2) Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2013. Т. 10, № 1. С. 55–81
- 3) И.С. Ефремов, А.У. Киньябулатов, Негативное влияние стресса на здоровье студентов Башкирского государственного медицинского университета, Вестник Башкирского государственного медицинского университета №3 (приложение), 2014 г.
- 4) Маслоу Абрахам «Дальние пределы человеческой психики». СПб, «Евразия», 1999г.
- 5) Майерс Д. Социальная психология. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2014. – 800 с.: ил. – (Серия: «Мастера психологии»)
- 6) Милионер М.С., Проблема интерпретации понятия «одиночество», СМАЛЬТА 6, 2015, Публикации начинающих исследователей / Publication beginners
- 7) Немов Р.С., Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. — 4-е изд. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. - Кн. 1: Общие основы психологии. — 688 с. ISBN 5-691-00552-9. ISBN 5-691-00553-7(1).
- 8) Psylab.info – Энциклопедия психодиагностики (Электронный ресурс - <http://psylab.info>)

УДК 378

Т.А. Абзалилов, А.В.Трусова

Тьюторство – новое вспомогательное направление в системе образовательного процесса

Кафедра психологии и педагогики, Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В данной статье рассматриваются вопросы возникновения и развития тьюторства как вспомогательного направления в системе образования, рассматриваются вопросы развития и общие положения тьюторства в БашГМУ.

Ключевые слова. Тьюторство, тьютор, индивидуализация образования.

T.A. Abzalilov, Trusova A.V.

TUTORING AS A NEW SUPPORTING DIRECTION IN SYSTEM OF EDUCATIONAL PROCESS

Department of physhology and pedagogy, Bashkir state medical university (Ufa, Russia)

Abstract. In this article questions about emergence and development of tutoring as a supporting direction in system of education are being considered, questions about development and common provisions of tutoring in BSMU are being considered.

Keywords. Tutoring, tutor, individualization of education.

В настоящее время в сфере высшего образования в Российской Федерации наметилась тенденция к переходу на новые образовательные стандарты, к изменению самой системы высшего образования. Одним из аспектов этой тенденции стало появление тьюторских движений, институтов тьюторства в университетах Российской Федерации.

Понятие «тьютор» (от английского tutor-наставник, от латинского tueor-заботиться, оберегать) вмещает в себя несколько значений. Слово «тьютор» может определяться как:

- 1) педагог, осуществляющий общее руководство самостоятельной внеаудиторной работой обучающихся;
- 2) индивидуальный научный руководитель обучающегося;
- 3) опекун, воспитатель в учебном заведении;
- 4) куратор, наставник группы студентов в университете (им может быть преподаватель или обучающийся более старших курсов). [4]

Тьюторство как одно из элементов образовательного процесса возникло и развилось в XIVв. в английских классических университетах – Оксфорде и Кембридже. В те времена

система высшего образования в университетах Англии была построена таким образом - не было строгих программ обучения на курсе, студент сам решал, какие предметы ему изучать больше, лекции каких профессоров посещать и слушать. Было создано так называемое свободное образовательное пространство. Тьютор в данной ситуации выступал как наставник, помощник в обучении (академический консультант), который мог подсказать или указать студенту, лекции какого профессора будут для него более полезны, на каких предметах следует больше акцентироваться, в дальнейшем – оказывал помощь в выстраивании индивидуальной образовательной программы. Впоследствии в университетах стали вводиться службы тьюторов, они, в отличие от преподавателей, не были загружены аудиторной работой. Их основной функцией была организация сопровождения процесса обучения, самообразования студентов, претворение в жизнь принципа индивидуализации образования. В настоящее время тьюторство как форма вспомогательной работы со студентами развито и хорошо себя показало в высших учебных заведениях США и Европы. В классических университетах Великобритании тьюторская система заняла центральную позицию в обучении (до 70%), лекционная же стала дополнением к ней.

В России до конца XX-начала XXI века тьюторских практик не было совсем. Это обосновывается тем, что в допетровский период не было возможности образования университета, когда же он возник впервые в 1755 году, в системе высшего образования образовалась строгая система кафедр и программ обучения каждого курса. Не хватало учителей, педагогов, как своих, так и иностранных. Поэтому не могло быть и речи о создании свободного образовательного пространства, которое являлось условием для возникновения тьюторства в понимании того времени.

Как самостоятельное движение тьюторство в России возникло в конце 1980-х гг., когда стали претворяться в жизнь реформы образования. Тогда, в 1989 году в Москве был проведен первый конкурс тьюторов. Его организатором был руководитель Школы культурной политики П.Г. Щедровицкий, его задачей было обеспечить кадрами одну из международных общеобразовательных программ. Далее, Приказом Министерства здравоохранения от 11 января 2011 года №1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» была утверждена должность тьютора. В приказе тьютор был отнесен к группе работников административно-хозяйственного и учебно-вспомогательного персонала. В его должностные обязанности, согласно приказу, входят:

- способствование формированию у обучающихся способности к самостоятельному действию;

- помощь обучающимся в построении индивидуальной образовательной программы;
- оказание психологической и педагогической поддержки обучающимся, проведение профессиональной ориентации и консультирование по вопросам карьеры;
- оказание поддержки в дистанционном образовании;
- способствование социализации, формирование общей культуры личности, осознанному выбору и последующему освоению профессиональных образовательных программ. [5]

Отдельной темой обсуждения является вопрос, существует ли принципиальная разница между тьютором и куратором. Исследователи, задавшие его, указывают на схожесть, совпадение функций тьюторов и кураторов, исходя из чего рассматривают их вместе, как тождественную друг другу форму воспитательной работы в вузе. Здесь мы придерживаемся такого подхода, что куратор и тьютор - не одно и то же. Куратор - это преподаватель вуза, представитель факультета, его отношения со студентом строятся по «вертикали», тьютор же строит отношения со студентом по «горизонтали», они позиционно равны друг другу. Тьютор воспринимается как старший товарищ, наставник.[1]

С начала 2010-х гг. в вузах Российской Федерации стала вводиться и активно использоваться практика тьюторского сопровождения, организуемого самими студентами. В Башкирском государственном медицинском университете тьюторство как проект запустилось и начинает функционировать в феврале 2016 года. 25 февраля было проведено первое общее собрание-встреча тьюторов. На собрании были определены понятия тьюторства и тьютора в БГМУ, рассказано про основные функции и задачи тьюторов. Общее количество тьюторов, необходимое для работы со всеми группами первого курса, стало равным 45. Была определена следующая структура организации тьюторского движения в БГМУ – общим, старшим руководителем является старший тьютор университета, за ним идут старшие тьюторы потока, курса, после них – тьюторы академических групп.

Тьюторство в БГМУ – направление воспитательной и образовательной деятельности, является одной из форм внутривузовского волонтерства. Тьютором в БГМУ является обучающийся 3-6 курсов, решивший стать наставником группы студентов младших курсов. Целью тьюторства является ранняя адаптация студентов 1-2 курсов к обучению в университете, повышение качества образования и вовлеченности в общественную и научную жизнь вуза, формирование устойчивой учебной мотивации, выбор обучающимся индивидуальной образовательной траектории.

Задачами тьюторов в БГМУ являются:

- социально-психологическая помощь обучающимся в освоении основных и дополнительных образовательных программ;
- организация учебной, воспитательной и внеучебной работы с обучающимися;
- формирование студенческого коллектива, способного работать в дальнейшем на принципах самоуправления;
- организация воспитательной работы со студентами в академической группе по основным направлениям;
- активизация научно-исследовательской работы обучающихся;
- сохранение здоровья и развитие инновационного потенциала личности обучающихся.

Тьютор несет на себе роль и функции:

- 1) академического консультанта - оказывает помощь студенту практическими советами и рекомендациями относительно учебы, механики образовательного процесса, предметов, кафедр, других деталей и особенностей обучения, вплоть до помощи студенту в выстраивании индивидуального образовательного направления и программы обучения;
- 2) навигатора в жизни университета - мероприятия в вузе и городе, внутривузовские студенческие организации, общественная деятельность, научная деятельность, внеучебная социальная деятельность, спортивные секции и т.д.;
- 3) наставника, старшего товарища - осуществление контроля и корректировки микроклимата в группе, благоприятного для процесса обучения, создание из группы студентов сплоченного коллектива, оказание помощи в решении проблем психологического характера у отдельного студента или нескольких студентов.

Чем же будет полезно введение в практику тьюторства? Это будет полезно тем, что студент-первокурсник, сопровождаемый тьютором, будет легче и быстрее адаптироваться к учебе в вузе, будет вовремя осведомлен о различных мероприятиях в университете, будет мотивироваться тьютором для участия в них, одной из направлений работы тьютора будет являться повышение активности студентов-первокурсников.

Литература

1. Ю.Д. Кокамбо, О.В. Скоробогатова. Тьюторство как новая форма взаимодействия участников образовательного процесса.
2. Ковалева, Т.М. Открытые образовательные технологии как ресурс тьюторской деятельности в современном образовании // Тьюторское сопровождение и открытые образовательные технологии: Сб.статей. – М.: МИОО, 2008. – С. 8-16.
3. Муртазина, Г.Р. Тьюторство как новая практика воспитательной работы в вузе

4. Ковалева, Т. М. Основы тьюторского сопровождения в общем образовании. Лекции 1-4 [Текст] / Т.М. Ковалева. – Москва : Первое сентября, 2010.

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» // Российская газета. – Федеральный выпуск № 5477. – 13 мая 2011 г.

УДК 159.9.072

М.М. Аннамередова

**ОЦЕНКА РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ**

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Резюме. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. С целью определения реактивной и личностной тревожности обучающихся 3 курса педиатрического факультета была использована шкала Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина. В ходе проведенного анкетирования нами было обнаружено существенное преобладание высокого уровня ситуативной ($\chi^2=3,9616$; $p=0,0466$) и личностной ($\chi^2=3,6969$; $p=0,0545$) тревожности среди обучающихся бюджетной формы обучения. Вычисление среднегруппового показателя ($M \pm m$) ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости от формы обучения (бюджетная, коммерческая) выявил наличие достоверности их различий по критерию Стьюдента ($t=4,04$, $p<0,05$) и ($t=3,88$ $p<0,05$), соответственно. Оценка обучающимся своего эмоционально-личностного состояния является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Ключевые слова: Реактивная тревожность, ситуативная тревожность, шкала Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина.

М.М. Annameredova

ASSESSMENT OF REACTIVE AND PERSONAL ANXIETY IN STUDENTS

Bashkir state medical university (Ufa, Russia)

Summary. Measurement of anxiety as the properties of the individual is particularly important, as this property is largely determines the subject's behavior. In order to determine the reactive and personal anxiety of students 3 courses of pediatric faculty was used scale of Ch.D. Spielberg – J.L. Hanin. In the course of questioning, we have found a significant prevalence of high levels of situational ($\chi^2=3,9616$; $p=0,0466$) and personal ($\chi^2=3,6969$; $p=0,0545$) anxiety among students of state-funded education. The calculation of the average group index ($M \pm m$) situational (SA) and personal (PA) anxiety and their comparative analysis depending on the form of study revealed the presence of the reliability of their differences on the criterion of the Student ($t=4,04$, $p<0,05$) and ($t=3,88$ $p<0,05$) respectively.

Keywords: Reactive anxiety, situational anxiety, scale of Ch.D. Spielberg – J.L. Hanin

Актуальность. Раздражительность, эмоциональная неустойчивость, тревога, страх, нарушения сна, головные боли напряжения, кардиалгия различного генеза лежат в основе неврозов и неврозоподобных состояний личности. Подобные состояния существенно снижают качество жизни, успешность социализации через снижение успеваемости обучающихся в условиях возрастающих требований современных государственных образовательных стандартов.

С целью определения реактивной и личностной тревожности обучающихся 3 курса педиатрического факультета была использована шкала Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина.

Материалы и методы. Данный тест является источником информации о самооценке обучающегося уровня своей тревожности в данный момент – ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) как устойчивой характеристики личности [1,2,3].

Преимущества шкалы дают возможность сопоставить результаты по обеим подшкалам и оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для обучающегося.

Самоопросник – бланк шкалы выдавался для самостоятельного заполнения обучающимся 3 курса педиатрического факультета при первом знакомстве с преподавателем (ассистент, к.м.н. З.А. Шангареева) на практических занятиях. Предварительно обучающимся разъяснялись цели исследования, гарантировалась анонимность и добровольность участия. Для обеспечения спонтанности ответа были установлены четкие временные рамки заполнения шкалы (не более 15-20 минут).

Обработка результатов включала следующие этапы:

1. Определение показателей ситуативной и личностной тревожности.
2. Вычисление среднегруппового показателя ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости от формы обучения (бюджетная, коммерческая).

Для обработки результатов подсчитывалась сумма по каждой из подшкал. Общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации результатов были использованы следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31-44 балла – умеренная, 45 и более – высокая.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 8.0» (Statsoft), программного обеспечения MS Excell. Достоверность различий в частотах встречаемости изучаемых признаков между выделенными группами пациентов определяли по критерию

коррекцией Иэйтса использовании таблицы сопряженности 2x2 (RxC (Rows x Columns)) (Statsoft) [4]. Принятие или отвержение всех статистических гипотез осуществлялось на уровне ≤ 0.05 , принятом в биомедицинских исследованиях.

Результаты и обсуждение. При определении показателей ситуативной и личностной тревожности среди обучающихся коммерческой формы обучения было выявлено следующее их распределение.

Ситуативная тревожность оказалась низкой у 10 обучающихся (19,23%), умеренной у 28 человек (53,85%), высокой у 14 студентов (26,92%).

Личностная тревожность была низкой у 5 обучающихся (9,61%), умеренной у 22 человек (42,31%), высокой у 25 студентов (48,08%).

Несколько иная картина распределения показателей ситуативной и личностной тревожности была выявлена среди обучающихся бюджетной формы обучения.

Ситуативная тревожность оказалась низкой у 8 обучающихся (18,60%), умеренной у 14 человек (32,56%), высокой у 21 студента (48,84%).

Личностная тревожность была низкой у 2 обучающихся (4,65%), умеренной у 11 человек (25,58%), высокой у 30 студентов (69,77%).

Сравнительный анализ не выявил достоверных различий по низкому ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$) и умеренному ($\chi^2=3,5050$; $p=0,0612$) уровню ситуативной тревожности среди обучающихся коммерческой и бюджетной формы обучения. При этом количество обучающихся коммерческой формы обучения с высоким уровнем ситуативной тревожности статистически значимо уступало числу студентов бюджетной формы обучения ($\chi^2=3,9616$; $p=0,0466$).

Анализ распределения низкого ($\chi^2=0,2786$; $p=0,5979$) и умеренного ($\chi^2=2,2141$; $p=0,1371$) уровня личностной тревожности среди студентов коммерческой и бюджетной формы обучения также не выявил достоверных различий. А вот число студентов с высоким уровнем личностной тревожности превышало таковые показатели среди студентов коммерческой формы обучения и приближалось к уровню статистически значимых различий ($\chi^2=3,6969$; $p=0,0545$).

Таким образом, в ходе проведенного анкетирования нами было выявлено существенное преобладание высокого уровня ситуативной и личностной тревожности среди обучающихся бюджетной формы обучения.

Высокая тревожность (> 45 баллов) может быть связана с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами и с психосоматическими заболеваниями [].

Низкая тревожность (< 30 баллов), наоборот, характеризует состояние как депрессивное, неактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете» [1].

Вычисление среднегруппового показателя ($M \pm m$) ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости от формы обучения (бюджетная, коммерческая) выявил наличие достоверности их различий по критерию Стьюдента ($t=4,04, p<0,05$) и ($t=3,88 p<0,05$), соответственно.

При этом у обучающихся коммерческой формы обучения среднегрупповой показатель ситуативной тревожности (СТ) составил $37,69 \pm 1,27$ баллов, а личностной тревожности (ЛТ) $45,15 \pm 1,41$ баллов. У обучающихся бюджетной формы обучения данные показатели составили $42,30 \pm 1,71$ и $48,83 \pm 1,70$ баллов, соответственно.

Определенный уровень тревожности — физиологическая особенность личности. Если психологический тест выявляет у обучающегося высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа [2].

Обучающимся с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и научиться разбивать большие задачи на более мелкие [2].

Для обучающихся с низким уровнем тревожности, наоборот, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, формирование чувства ответственности в решении тех или иных задач [2].

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного анкетирования нами было выявлено существенное преобладание высокого уровня ситуативной ($\chi^2=3,96(16; p=0,0466)$) и личностной ($\chi^2=3,6969; p=0,0545$) тревожности среди обучающихся бюджетной формы обучения. Вычисление среднегруппового показателя ($M \pm m$) ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости от формы обучения (бюджетная, коммерческая) выявил наличие достоверности их различий по критерию Стьюдента ($t=4,04, p<0,05$) и ($t=3,88 p<0,05$), соответственно.

Литература

1. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. С.44–49.
2. Диагностики эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И.Б. Дерманова. — СПб.: Издательство «Речь», 2002. С.124–126.
3. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. — Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2008. —320 с.
4. Roff D. F. The statistical analysis of mitochondrial DNA: χ^2 and problem of small samples / D. F. Roff, P. Bentzen // Mol. Biol. Evol. – 1989. – Vol. 6. – P.539-545.

УДК 159.9.072

Т.С. Арзуманян , С.М. Мансурова

МОТИВЫ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА СТУДЕНТАМИ БГМУ

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет г. Уфа

Резюме: в статье обсуждаются результаты исследования мотивов выбора профессии врача студентами БГМУ с использованием авторской анкеты.

Ключевые слова: мотивация, мотивы выбора профессии, качество и престиж медицинского образования.

T.S. Arzumanyan , S.M. Mansurova

MOTIVES CHOICE OF PROFESSION DOCTOR STUDENTS BSMU.

The Department of Pedagogy and Psychology , Bashkir State Medical University , Ufa

Abstract: the article discusses the results of a study of motives of choice of the medical profession students BSMU with author profiles.

Keywords: motivation, the motives of choice of profession, the quality and prestige of medical education.

Актуальность: В современном понимании профессиональное самоопределение рассматривается не только как конкретный выбор профессии, но как непрерывный процесс поиска смысла в выбираемой, осваиваемой и выполняемой профессиональной деятельности [1]. Во все времена в любой культуре мира среди других, общественно значимых, профессия врача считалась наиболее востребованной. В последние годы медицинские учебные заведения являются востребованными среди абитуриентов, а проходной балл на бюджетные места является одним из самых высоких. При поступлении в высшее учебное заведение у студентов мотивация определяется главным образом новой социальной ролью. Однако современный выпускник школы, прежде чем принимать первые шаги на пути к получению высшего специализированного медицинского образования, должен точно и основательно определить для себя: медицина - это призвание или нет.

Одним из основных факторов успешного обучения профессии является формирование мотивации к ее выбору. Впервые термин «мотивация» употребил А. Шопенгауэр в статье «Четыре принципа достаточной причины» (1900–1910) [2]. По мнению К.К. Платонова, мотивация – это совокупность мотивов [3], а М.Ш. Магомед-Эминов определял мотивацию

как побуждение, вызывающее активность организма и определяющее его направленность [4].

Мотивы, связанные с трудовой деятельностью человека, можно разделить на три группы: мотивы трудовой деятельности; мотивы выбора профессии; мотивы выбора места работы. Конкретная деятельность определяется в конечном итоге всеми этими мотивами (мотивы трудовой деятельности ведут к формированию мотивов выбора профессии, а последние ведут к мотивам выбора места работы).

Первая группа причин, побуждающих к выбору трудовой (профессиональной) деятельности – осознание необходимости приносить пользу обществу, желание оказывать помощь другим людям (в лечении больных, в защите своего отечества и т.д.). Вторая группа – получение определенных материальных благ для себя и семьи: зарабатывание денег для удовлетворения материальных и духовных потребностей. Третья группа – удовлетворение потребности в самоактуализации, самовыражении, самореализации. К этой же группе относится и мотив, связанный с удовлетворением потребности в общественном признании, в уважении со стороны других.

Сознательный выбор профессии происходит с ориентацией человека на имеющиеся у него социальные ценности: общественный престиж (мода, материальное благополучие); интерес (нередко этот интерес имеет романтический характер, навеянный увиденным фильмом, телепередачей). Бывает, что такой выбор, основанный на чисто внешнем впечатлении или подкрепленный советами родителей, друзей, оказывается удачным. Но часто романтика профессии быстро улетучивается, и остаются «суровые будни», к которым человек не готов ни морально, ни физически [5]. Таким образом, профессию можно выбирать в зависимости от многих обстоятельств, но важно прежде всего принимать во внимание, насколько выбираемая деятельность соответствует склонностям и способностям человека.

Цель исследования: изучение мотивации студентов БГМУ при выборе профессии и вуза, а также оценка факторов, определяющих будущее место работы выпускника.

Материалы и методы: Пилотное исследование с использованием метода авторской анкеты на базе Башкирского государственного медицинского университета. В выборочную совокупность вошли 120 студентов лечебного и стоматологического факультетов разных курсов.

Результаты и обсуждение: мотивами выбора студентами профессии врача при поступлении в Башкирский государственный медицинский университет определяются, в основном, идеалистическими соображениями. Лидером является ответ: «Всегда хотел быть

врачом. Это мое собственное решение». Так считают 90% студентов лечебного факультета и 69% - стоматологического. По настоянию родителей на лечебный факультет поступали 10 % от числа опрошенных, на стоматологический - 8 %. Оставшиеся 23 % студентов-стоматологов ответили, что решением поступления в данный вуз является продолжение врачебной династии.

Следующим мотивационным показателем является причина поступления в БГМУ. На лечебном факультете были получены следующие результаты. Для 36 % студентов основной причиной поступления явились престиж и репутация вуза, для 20% - качество образования, а для 7% - стоимость обучения. 23 % лечебного факультета полагают, что только БГМУ готовит специалистов данного профиля, 5% от числа опрошенных поступили в вуз с друзьями (родственниками) за компанию, «проходил (а) по баллами на бюджет» - 9%.

Для студентов стоматологического факультета причинами поступления в БГМУ явились по убывающей «любовь, интерес к медицине» – 33%, «престиж и репутация вуза» - 23%, «только этот вуз готовит специалистов данного профиля» - 20%. 16% от числа опрошенных будущих стоматологов причиной поступления в БГМУ назвали «качество образования». 5% «проходили по минимальному порогу баллов». Есть и 3% студентов, для которых поступление в данный вуз было связано с тем, что он расположен близко к дому.

Общее распределение причин поступления говорит о достаточно благоприятном настрое студентов, которые, поступая в вуз думают, что он престижен и ожидают получения качественного образования.

На вопрос о том, «Нравится ли студентам их выбранная профессия, и считают ли они ее востребованной на рынке труда?» более 95 % студентов обоих факультетов дали положительный ответ. Также более 80 % хотят в будущем работать исключительно по своей специальности. Более 65 % студентов после окончания БГМУ хотели бы продолжить свое обучение в ординатуре, но, в основном, в других городах РФ.

Анализ результатов анкетирования показал, что нынешние студенты БГМУ в большинстве своём не хотели бы работать в районах республики. Среди студентов, постоянно проживающих в городе, процент готовых работать вне столицы самый низкий — от 3 до 10 %. Опрос, проведенный нами, показал, что, несмотря на устойчивый рост количества студентов из районов РБ и других регионов, абсолютное большинство приезжих студентов планируют остаться работать в Уфе. Таковых оказалось 67% от числа опрошенных. Только 14 % студентов планируют вернуться работать в свои районы и города, а 19 % были бы не против «поработать в первое время» по избранной специальности в районах РБ.

Заключение и выводы: исходя из результатов исследования, установлено, что мотивами при поступлении в БГМУ являлось то, что студентам нравится медицина, большинство считает, что выбрали профессию по призванию. Основными причинами поступления являются престиж, репутация и качество образования данного вуза. Большинству студентов нравится их профессия и, более того, после окончания вуза планируют продолжать обучение по выбранной специальности в ординатуре.

Литература

1. Рудик П.А. Мотивы поведения деятельности. - М.: Владос, 2004.
2. Аткинсон Дж.В. Теория о развитии мотивации. – Новгород, 2003.
3. Платонов К. К. Структуры и развитие личности/ Отв. ред. Глаточкин А. Д., АН СССР, Ин-т психологии. - М., 1986.
4. Васильев И.А., Магомед-Эминов М.Ш. Мотивация и контроль за действием. – М., 1991.
5. Кизликов И. Мотивация выбора профессии медицинского работника // Медицина целевые проекты, № 16, 2013. – Режим доступа: <http://www.sovstrat.ru/journals/medicina-celevye-proekty/articles/st-med16-6.html>

УДК 159.99

Д. Э. Асанбаева, А. А. Скворцова

ПРОЯВЛЕНИЕ ФОРМЫ АГРЕССИИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

Кафедра Психологии и педагогики

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Агрессия или агрессивное поведение – специфическая форма действий человека, характеризующихся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому человеку или группе лиц, к которым субъект хочет причинить ущерб.

Ключевые слова. Агрессия, агрессивность

D. E. Asanbaeva, A.A Skvortsova

MANIFESTATION FORMS OF AGGRESSION IN BOYS AND GIRLS

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary. Aggression or aggressive behavior - a specific form of human action, characterized by a demonstration of the superiority in force or using force against another person or group of persons to which the subject wants to cause damage.

Keywords. Aggression, aggression.

Актуальность темы: Одним из видов проявления деструктивного поведения является агрессивность. В современной психологии существует проблема определения агрессии и агрессивности, т.к. эти термины подразумевает большое разнообразие действий. Актуальность данного исследования обусловлена существенным ростом числа подростков и молодых людей с таким поведением.

Цель исследования: Целью нашей работы является изучить агрессивное поведение, определить причины и формы ее проявления. Для этого мы провели исследование среди студентов 1 курса БГМУ.

Материал и методы: тестирование студентов 1 курса БГМУ.

Слово «агрессия» произошло от слова *aggredi*, корень, в основе которого буквально происходит от *adgradi* (*gradus* означает «шаг», а *ad* – «на»), т.е. получается что-то вроде «двигаться на», «на-ступать» [5]. Важно различать понятия «агрессия» и «агрессивность». Понятие «агрессии», как правило, охватывает определенные формы поведения, нацеленные на причинение вреда другому. «Агрессивность» же бывает двух видов: агрессивность как состояние и агрессивность как свойство личности, т.е. как склонность человека реагировать

определенным образом на сложившуюся ситуацию. Под агрессивностью понимается готовность к различному роду агрессивным действиям и восприятие мира как враждебного, препятствующего удовлетворению потребностей.

Агрессия или агрессивное поведение – специфическая форма действий человека, характеризующихся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому человеку или группе лиц, к которым субъект хочет причинить ущерб. Различают инструментальную и целевую агрессию. Инструментальная агрессия используется для достижения желаемых целей и результатов. Целевая агрессия – это заранее спланированное действие, цель которого нанесение вреда или ущерба другому человеку или объекту. Агрессия, кроме того, существует в двух формах: ситуативной и личностной, устойчивой и неустойчивой. Ситуативная агрессивность проявляется эпизодически, в то время как личностная агрессивность является устойчивой индивидуальной чертой поведения, выступающей везде и всегда, где для этого складываются подходящие условия. Агрессивность как свойство личности, поддается измерению, изучению и при необходимости – психологической коррекции [2].

Исследования показали, что плохое обращение с детьми способствует их агрессивному поведению во взрослом возрасте – жестокость порождает жестокость в ряду поколений, и механизм этого воспроизводства в основном социальный.

Агрессия

принимает самые разнообразные формы. По формальным характеристикам в психологии выделяют следующие формы агрессивных действий:

- негативные – позитивные (деструктивные – конструктивные);
- явные и латентные (внешне наблюдаемая агрессия – скрытая агрессия);
- вербальные – физические (словесное нападение – физическое нападение);
- прямые – косвенные (непосредственно направленные на объект – смещенные на другие объекты);
- враждебные – инструментальные (с целью причинения вреда / боли другому человеку – с иными целями);
- эго-синтонные (принимаемые личностью) – эго-дистонные (чуждые для «Я», осуждаемые самой личностью).

Наиболее привычными, явными выражениями агрессивности, считаются: злословие, повышение тона и громкости голоса, аффектация (бурное проявление негативных эмоций), принуждение, негативное оценивание, оскорбление, угрозы, использование физической силы (касание, царапание, удары), применение оружия. Скрытые формы агрессивности

выражаются в уходе от контактов, бездействии с целью навредить кому-то, причинении вреда себе и самоубийстве.

Агрессия может быть направлена:

- на окружающих людей вне семьи (например, на врачей, педагогов, сверстников);
- только на близких людей (без проявления агрессии вне семьи, например, на бабушку);
- на животных (птиц, кошек, насекомых);
- на себя (свое тело или личность, например, в форме выдергивания волос, сдирания кожи, касания ногтей, отказа от еды в подростковом возрасте);
- на внешние физические объекты (например, в форме поедания несъедобного, разрушения предметов, порчу имущества и т.п.);
- на символические и фантазийные (в форме серийных агрессивных рисунков, увлечения компьютерными играми агрессивного содержания) [4].

Результаты и обсуждения: В нашем исследовании мы хотели выявить, кто наиболее подвержен агрессии среди тестируемых, юношей или девушек. Респонденты в количестве 26 человек, из которых 8 человек – юноши и 18 – девушек, в возрасте от 18 до 20 лет, выполнили тест А. Ассингера «Оценка агрессивности в отношениях» [1]. Мы получили следующие результаты: юноши умеренно агрессивны 100%, в отличие от девушек из которых умеренно агрессивны только 67 %, а остальные 33% - чрезмерно миролюбивы. Данные представлены на рисунках 1 и 2.

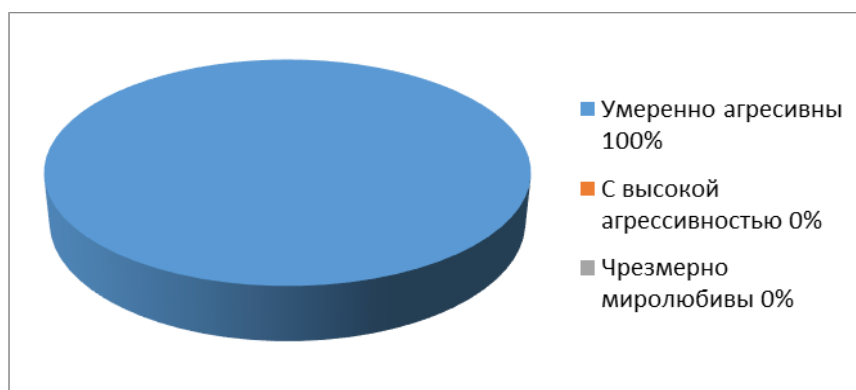


Рис.1 Результаты теста А. Ассингера «Оценка агрессивности в отношениях» у юношей

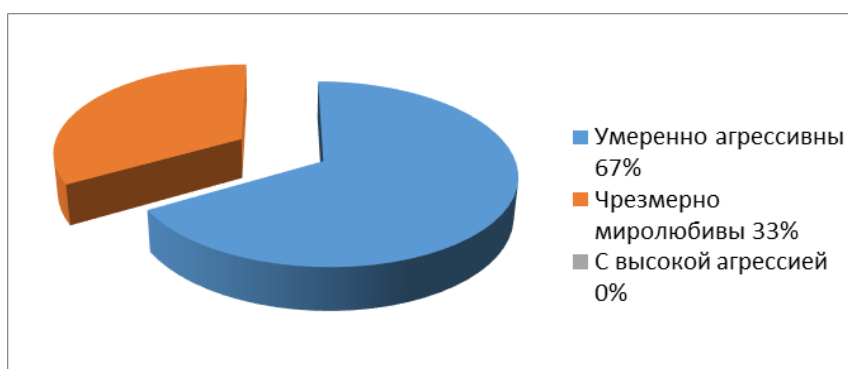


Рис.2 Результаты теста А. Ассингера «Оценка агрессивности в отношениях» у девушек

Также респондентам был предложена методика Басса-Дарки «Диагностика состояния агрессии с помощью опросника» [3]. Проанализировав которую были получены следующие результаты: 12% молодых людей проявляют повышенную агрессивность, а у 88% - агрессивность проявляется в норме. Среди девушек у 61% агрессивность проявляется в норме, и у 39% - можно наблюдать минимальную агрессивность. Данные представлены на рисунках 3 и 4.

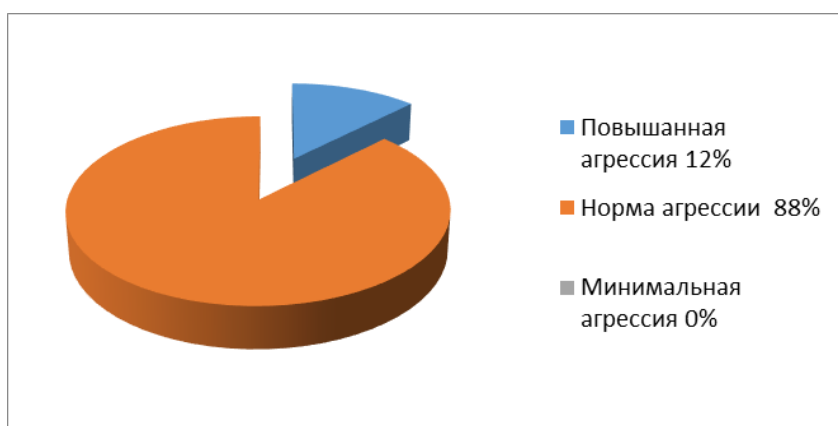


Рис.3 Результаты теста Басса-Дарки «Диагностика состояния агрессии с помощью опросника» у юношей

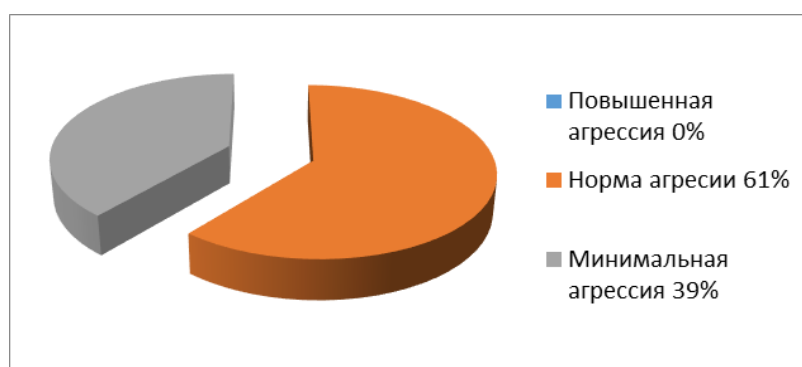


Рис.4 Результаты теста Басса-Дарки «Диагностика состояния агрессии с помощью опросника» у девушек

Заключение и выводы: Таким образом, юноши не намного сильнее проявляют агрессивность, чем девушки. Эти различия обычно относят на счет генетических или

социальных факторов. С одной стороны, утверждается, что мужчины уже на генетическом уровне запрограммированы на большую склонность к агрессии, чем женщины. С другой стороны, во многих культурах считается, что представители мужского пола не только являются, но и должны быть грубее, самоувереннее и агрессивнее женщин, а женщины в свою очередь должны быть покладистой, более склонны к эмпатии.

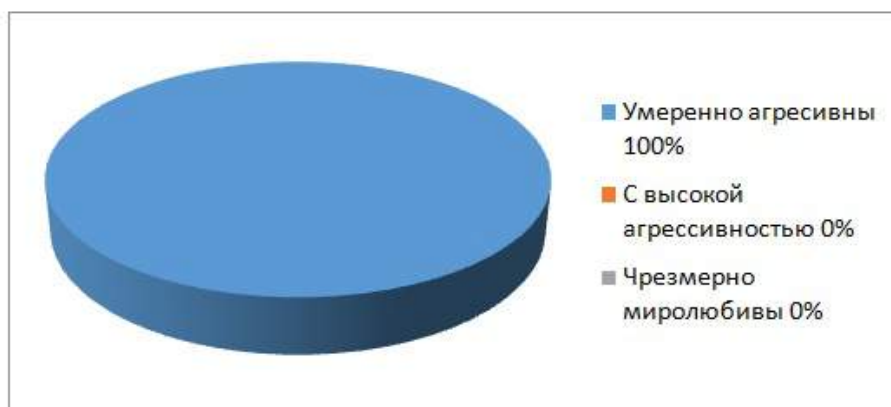


Рис.1 Результаты теста А. Ассингера «Оценка агрессивности в отношениях» у юношей

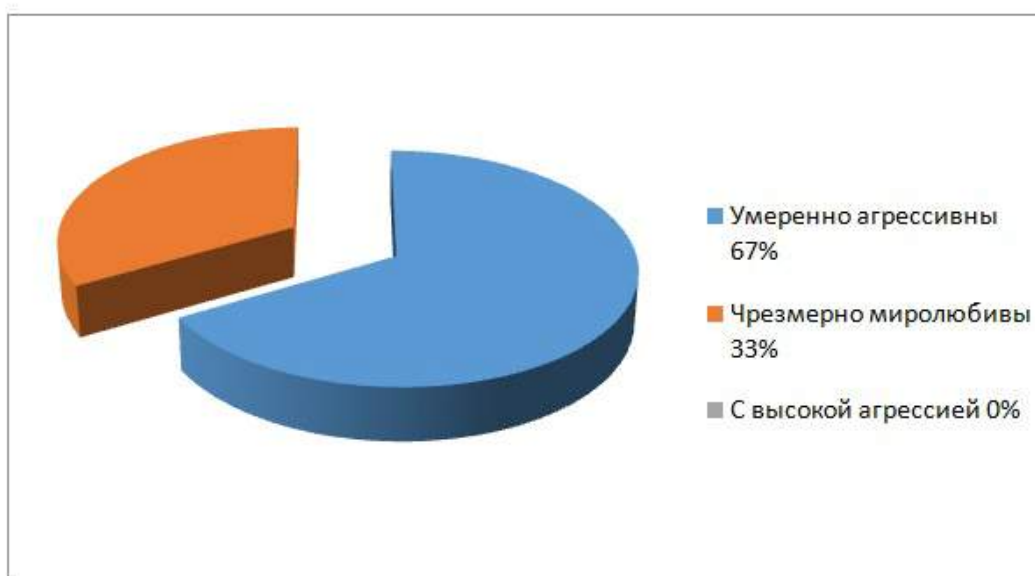


Рис.2 Результаты теста А. Ассингера «Оценка агрессивности в отношениях» у девушек

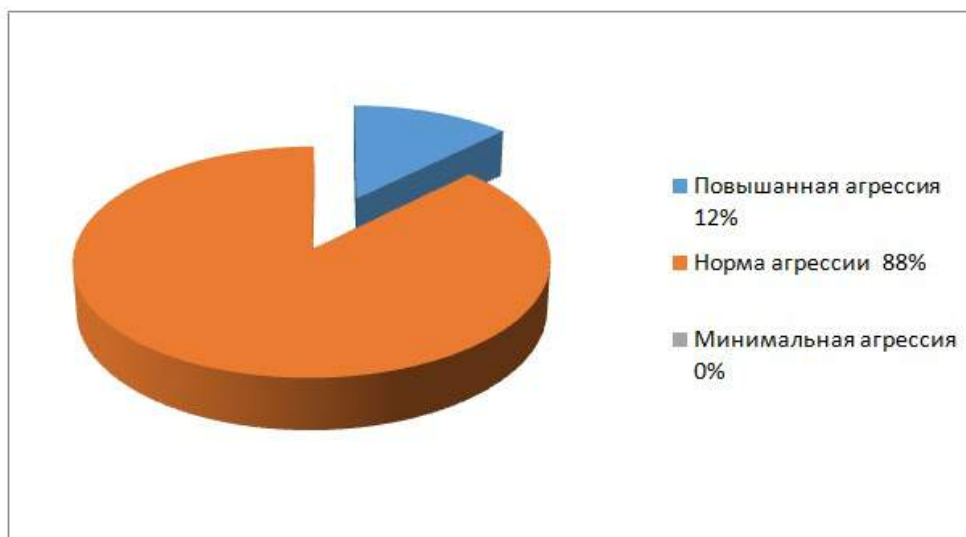


Рис.3 Результаты теста Басса-Дарки «Диагностика состояния агрессии с помощью опросника» у юношей

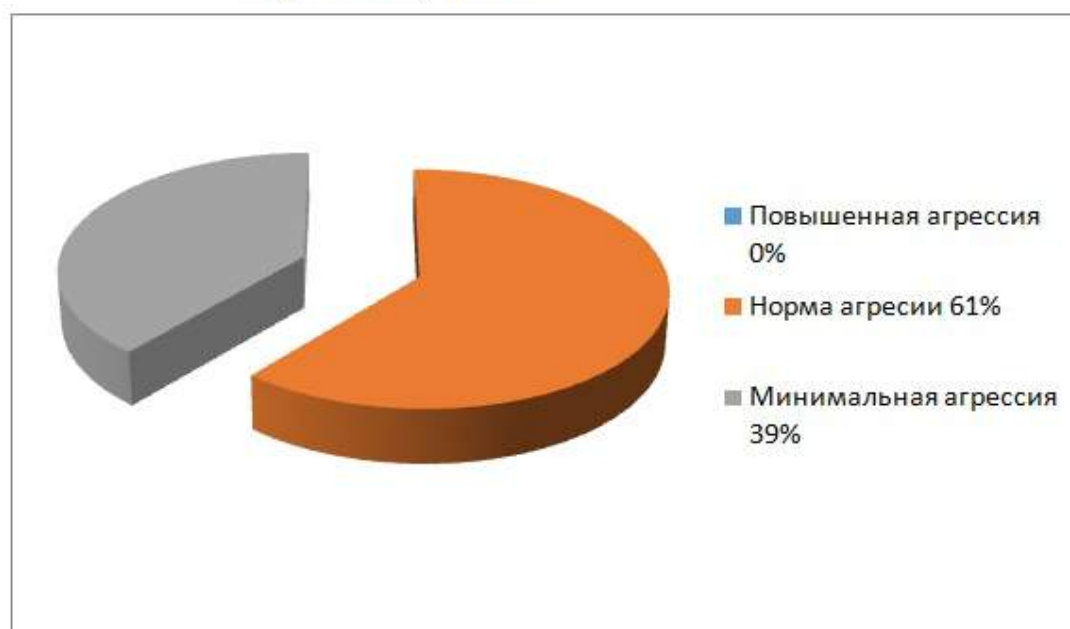


Рис.4 Результаты теста Басса-Дарки «Диагностика состояния агрессии с помощью опросника» у девушек

Литература

1. Аликина, Н.В. Принципы диагностики агрессивного поведения/ Н.В. Аликина. - Москва: Аспект Пресс, 2002. – 375 с.
2. Бэрон, Р. Агрессия/ Р. Бэрон, Д. Ричардсон. - СПб.: Питер, 1998.
3. Дерманов, И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития/ И.Б Дерманов. - СПб. : Питер, 2003.
4. Ярошенко, Р.Д. Психологические тесты/ Р.Д. Ярошенко. - Спб. : Литера, 2003.
5. [<http://www.psychologies.ru/glossary/01/agressiya/>]

УДК 159.9.07

И. В. Ахуба

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ОРИЕНТАЦИИ У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПРОЦЕССЕ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ**

Кафедра педагогики и психологии,

Башкирский государственный медицинский университет г. Уфа

Резюме: представлены результаты исследования личностной ориентации среди 120 студентов I и VI курсов лечебного факультета БГМУ.

Ключевые слова: личностная самоактуализация, уровень самоактуализации, учебно-профессиональное выгорание.

I. V. Akhuba

**DEFINITION OF PERSONAL ORIENTATION IN MEDICAL STUDENTS IN THE
PROCESS OF SELF-ACTUALIZATION.**

Department of Pedagogy and Psychology,

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: presented results of a study of personal orientation among 120 students of I and VI courses of medical faculty of BSMU.

Keywords: personal self-actualization, self - actualization level, pointwise - professional burnout.

Актуальность: Статус «студент» медицинского университета является одной из наиболее важных в современном мире и никогда не потеряет свою значимость.

Обучение в медицинском университете предъявляет высокие требования к личности студента в связи со своей эмоциональной, когнитивной, коммуникативной нагруженностью, ответственностью за результаты, большой рабочей нагрузкой. Актуальная потребность в саморазвитии, стремление к самосовершенствованию и самореализации представляют огромную ценность сами по себе. Они являются показателем личностной зрелости и одновременно условием ее достижения [1].

Самоактуализация – это непрерывная реализация потенциальных возможностей, способностей и талантов, как совершение своей миссии, или призвания, судьбы и т.п., как более полное познание и принятие своей природы, как стремление к единству или внутренней гармонии и личности. Личность как открытая система, развиваясь через разнообразные формы деятельности и активности, овладевает социальными и индивидуальными компетенциями, стремится к самоактуализации [2].

Исследование механизмов и условий саморазвития человека, реализации заложенного в нем потенциала является актуальным в современной отечественной науке. В связи с этим, самоактуализация рассматривается как механизм, стимулирующий саморазвитие, делающий его потребностью, целью и жизненной стратегией.

Цель работы: определить изменения личностной ориентации студентов I и VI курсов.

Материалы и методы: определение уровня самоактуализации, явившегося целью нашего исследования, проводилось при помощи опросника личностных ориентаций Э.Шострома (Personal Orientation Inventory – POI) среди 120 студентов I и VI курсов лечебного факультета ГБОУ ВПО «БГМУ».

Результаты и их обсуждение: анализ и интерпретация полученных данных показали, что в базовых шкалах у студентов I курса наблюдались средние и высокие, а у студентов VI курса - исключительно средние показатели. Минимальная доля среднего значения у студентов начального курса составила 26,7%, максимальная – 73,3%. В дополнительных шкалах у студентов-первокурсников показатели среднего и высокого значения распределились по 51,8% и 48,2% соответственно, а у шестикурсников - преимущественно средние значения (79,9%), доля показателей высокого значения составила 20,1%. Таким образом, для студентов I курса характерен высокий уровень самоактуализации, проявляющийся способностью жить настоящим, видеть жизнь целостной, руководствоваться в жизни собственными целями, принципами. У студентов VI курса преимущественно определяется средний уровень самоактуализации, при котором наиболее выражены спонтанность, самоуважение, самопринятие, что свидетельствует о способности к естественному, незапланированному поведению, принятии себя такими, как есть.

Выводы: исходя из результатов проведенного исследования, нами сделан вывод о том, что за годы обучения в медицинском вузе личностная ориентация студентов - будущих врачей -меняется. Гипотетически полагаем, что, подвергнув тщательному анализу с целью определения причины возникновения изменений уровня самоактуализации происходящие с личностью изменения, поможет установить взаимосвязь между самоактуализацией и учебно-профессиональным выгоранием у студентов, что и будет продолжено в дальнейших наших исследованиях.

Литература

1. Романов, К.М. Практикум по общей психологии: учеб. пособие / К.М. Романов, Ж.Г. Гаранина. – М.: Изд-во Московского психол.-соц. ин-та, 2002. - 320 с.

2. Сериков, В.В. Образование и личность: теория и практика проектирования педагогических систем / В.В. Сериков. – М.: Изд. корпорация «Логос», 1999. - 272 с.

УДК 612.821:159.942.33

А.Р. Гайнетдинова

**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА НА ОСНОВЕ
ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА**

**Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования эмоционального интеллекта и темперамента у студентов г. Уфы. Сделан анализ уровня развития эмоционального интеллекта и преобладающего типа темперамента, показана их взаимосвязь; влияние эмоций на процесс мышления.

Ключевые слова: эмоции, мышление, эмоциональный интеллект, темперамент.

A.R. Gaynetdinova

**THE STUDY OF THE LEVEL OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON THE BASIS
OF THE TYPE OF TEMPERAMENT**

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. This article presents the results of a study of emotional intelligence and temperament in students of Ufa. The analysis of the level of emotional intelligence and the predominant type of temperament, shows their relationship; the impact of emotions on the thinking process.

Keywords: emotions, thinking, emotional intelligence, temperament.

Актуальность исследования: изучение эмоционального интеллекта приобретает с каждым днем неподдельный интерес, так как в повседневной жизни эмоции влияют на характер межличностных отношений, принятие важных решений. Результаты многих исследований показывают, что успешность студентов лишь на 15- 20 % определяется IQ, а оставшиеся 80 % определяется эмоциональным интеллектом [5].

В течение долгого времени эмоции никак не связывали с интеллектом. В период с 1900 по 1969 г. г. эмоции и интеллект ученые исследовали обособленно друг от друга. Эмоции считались “врагом интеллекта”. Позже, в период с 1970 по 1989 г. г. стали изучать взаимное влияние эмоциональных и когнитивных процессов; в начале 90-х г. г. эмоциональный интеллект определен как предмет психологических исследований [3].

По А.В. Брушлинскому, эмоции являются важнейшим компонентом мыслительной деятельности. Автор отмечает, что эмоции могут как способствовать, так и препятствовать

мышлению. Обнаружить специфику взаимоотношений можно только в том случае, если есть понятийный аппарат, позволяющий выявить явления, не принадлежащие ни только мышлению, ни исключительно эмоциям [1, с. 33]. Такие отношения способен описать эмоциональный интеллект.

Цель исследования: проследить связь между типом темперамента человека и уровнем его эмоционального интеллекта. В ходе данного исследования мы предполагаем получить данные о взаимосвязи преобладающего типа темперамента определенного человека и его уровня эмоционального интеллекта.

Задачи исследования: получить данные о непосредственной зависимости эмоционального интеллекта от типа темперамента.

Материалы и методы исследования: На данный момент основным методом исследования эмоционального интеллекта и типа темперамента является психодиагностическое тестирование. Перечень использованных нами методик: мы использовали наиболее распространенную методику по определению эмоционального интеллекта- методику Н. Холла, представленную Е.П. Ильиным [4]. Темперамент исследовали по тесту А. Белова “Формула темперамента” [7]. База исследования: Студенты образовательных учреждений г. Уфы (БГМУ, БГУ). В исследовании приняло участие 30 респондентов.

Результаты и обсуждение исследования: Эмоциональный интеллект по Дж. Мэйеру - способность перерабатывать информацию, заложенную в настроениях и эмоциях, определять их значение, связь между ними, возможность использования эмоционального интеллекта для процесса мышления и принятия решений [8, 9].

В истории психологии были моменты, когда психологи считали, что эмоции негативно сказываются на протекании мыслительных процессов и поведении, но сейчас их влияние на процессы мышления неоспоримо. Эмоции в своем возникновении обусловлены когнитивными процессами; эмоции в свою очередь сами влияют на процессы оценки и принятия решений, и как следствие этого – на обусловленное этими процессами поведение [3].

Для разработки подходов к развитию эмоционального интеллекта его биологических предпосылок рассматриваются свойства темперамента [2]. Это справедливо, так как темперамент и интеллект являются характеристиками инструментальной сферы индивидуальности, только темперамент характеризует её со стороны активности, энергии, а интеллект – со стороны возможностей субъекта, умения распорядиться этой энергией [6].

На первом этапе нашего исследования мы постарались выявить уровень эмоционального интеллекта у испытуемых с помощью методики Н.Холла. Она состоит из 30 утверждений, разбивающихся на 5 шкал: 1) эмоциональная осведомленность; 2) управление своими эмоциями; 3) самомотивация; 4) эмпатия; 5) распознавание эмоций других людей. Ответ на каждое утверждение предполагает шестибалльную шкалу: от -3 - “полностью не согласен” до +3 - “полностью согласен”. При подсчете баллов по каждой шкале мы исходили из того, что каждой шкале соответствует определенная совокупность вопросов (шкала “эмоциональная осведомленность”- вопросы 1, 2, 4, 17, 19, 25; шкала “управление своими эмоциями”- вопросы 3, 7, 8, 10, 18, 30; шкала “самомотивация”- 5, 6, 13, 14, 16, 22; шкала “эмпатия”- 9, 11, 20, 21, 23, 28; шкала “распознавание эмоций других людей”- 12, 15, 24, 26, 27, 29. Уровень эмоционального интеллекта по каждой шкале вычисляли по следующим критериям: 14 и более баллов- высокий уровень; 8-13 баллов- средний уровень; 7 и ниже- низкий уровень. У испытуемых наблюдаем следующие результаты: респондентов с низким и средним уровнем эмоционально осведомленности оказалось равное количество - 7 %, с высоким уровнем - 86 % ; не достаточно хорошо управляют своими эмоциями - 46 % студентов, хорошо - 40 %, очень хорошо - 14 % студентов; по шкалам «самомотивация» и «распознавание эмоций других людей» показатели совпадают - 50 % респондентов с низким уровнем, 33 % со средним уровнем и 17 % с высоким уровнем; низкий уровень эмпатии у 70 % студентов, средний у 23 %, высокий - у 7%. Таким образом, большинство студентов хорошо осознают и понимают свои эмоции (шкала «эмоциональная осведомленность»); они достаточно осведомлены о своем внутреннем состоянии; эмоциональная гибкость, эмоциональная устойчивость, по-другому произвольное управление своими эмоциями наиболее выражена у более 50 % респондентов («управление своими эмоциями»); половина опрошенных студентов обладают соответствующими навыками

по управлению своим поведением за счет управления эмоциями и распознавания эмоций других людей («самомотивация», «распознавание эмоций других людей»); больше половины студентов наделены низким уровнем эмпатии, способностью сопереживать текущему эмоциональному состоянию человека.

Интегративный уровень эмоционального интеллекта (ИЭИ) определяли, производя суммарный подсчет баллов, а также согласно следующей разбалловке: более 70 баллов - высокий уровень эмоционального интеллекта; 40- 69 баллов - средний уровень; 39 и менее - низкий уровень. У 60 % опрошенных наблюдали низкий уровень эмоционального интеллекта, у 37 %- средний уровень, у 3 % - высокий. В целом, больше половины респондентов имеют низкий уровень эмоционального интеллекта, 40 % - со средним и

высоким уровнем. Не исключено и влияние эмоционального состояния респондентов в период психодиагностики на показатель эмоционального интеллекта. Полученные результаты представлены на рис.1:

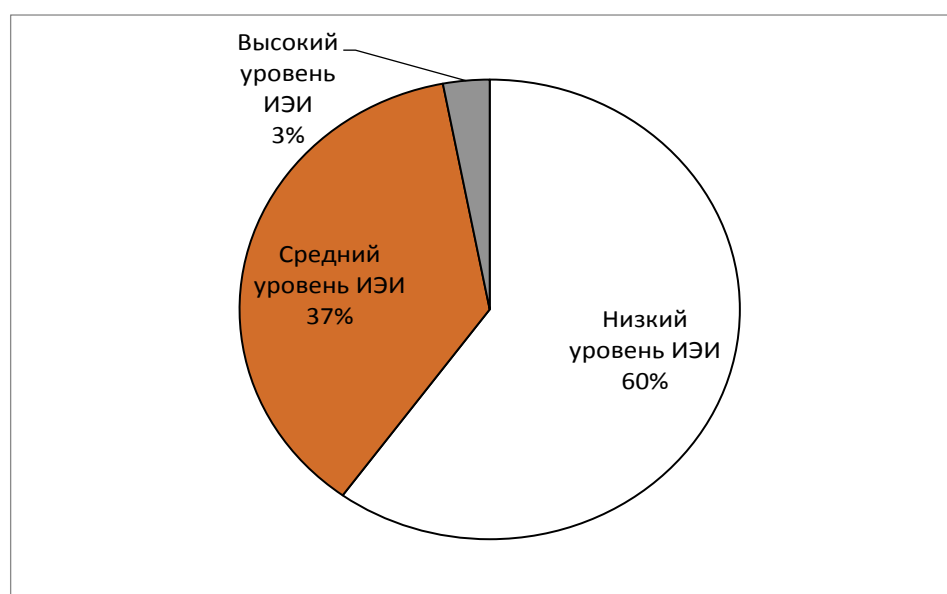


Рис. 1. “Интегративный уровень эмоционального интеллекта исследуемых (ИЭИ)”

Затем мы использовали тест “Формула темперамента”, который показывает процентное соотношение четырех типов темперамента: холерический, сангвинический, флегматический, меланхолический у испытуемых. Формула для подсчета использовалась следующая: $Фт = (X / 36 * 100\%) + (С / 12 * 36 * 100\%) + (Ф / 15 * 36 * 100\%) + (М / 1 * 36 * 100\%)$. При результате по каждому типу темперамента 40 и более %, данный тип считается доминирующим; 30- 39 %- признаки типа ярко выражены; 20- 29 %- признаки типа средне выражены; 10- 19 %- признаки типа выражены в малой степени. У 32 % испытуемых преобладает сангвинический тип темперамента, у 29 %- флегматический тип, у 26 %- холерический тип, и у 12 %- меланхолический тип. Данные отражены в рис. 2:

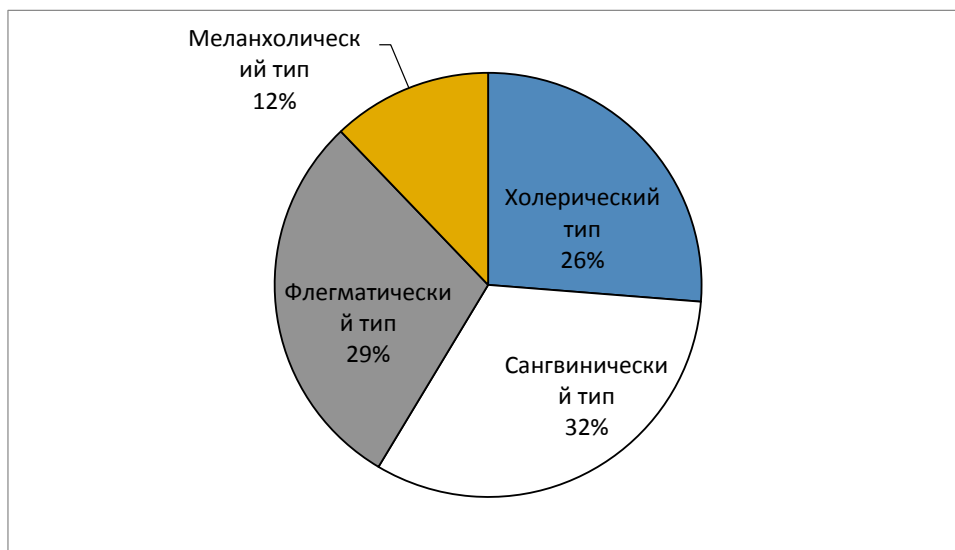


Рис. 2. "Преобладающий тип темперамента респондентов"

Для выявления взаимосвязи между уровнем эмоционального интеллекта и типа темперамента, мы на заключительном этапе нашего исследования объединили результаты по данным показателям и определили, что флегматический тип темперамента обладает наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта, чем остальные типы темперамента. Флегматики характеризуются сильными нервными процессами, медленно сменяющимися друг друга, поэтому у них не бывает вспышек эмоций или необдуманных поступков. Мы полагаем, что именно поэтому обладатели флегматического типа темперамента лучше всех понимают свои эмоции и эмоции других людей и умеют ими управлять. Большинство респондентов, имеющих холерический и сангвинический тип темперамента, показали низкие результаты. Половина студентов меланхолического типа темперамента показали низкие результаты, другая половина – средние результаты. Возможно, причину столь разнящихся данных стоит искать в эмоциональном состоянии испытуемых в момент прохождения тестирования. Результаты отображены на рис. 3:

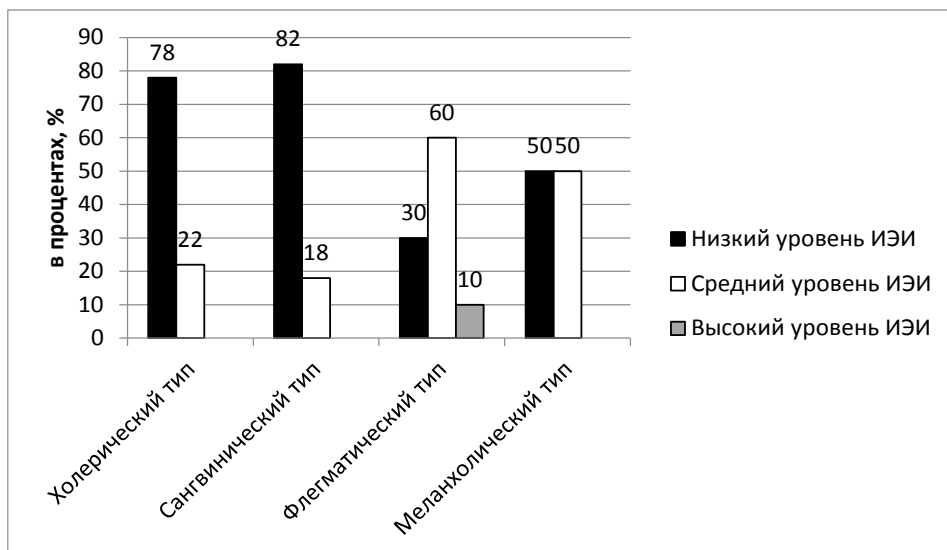
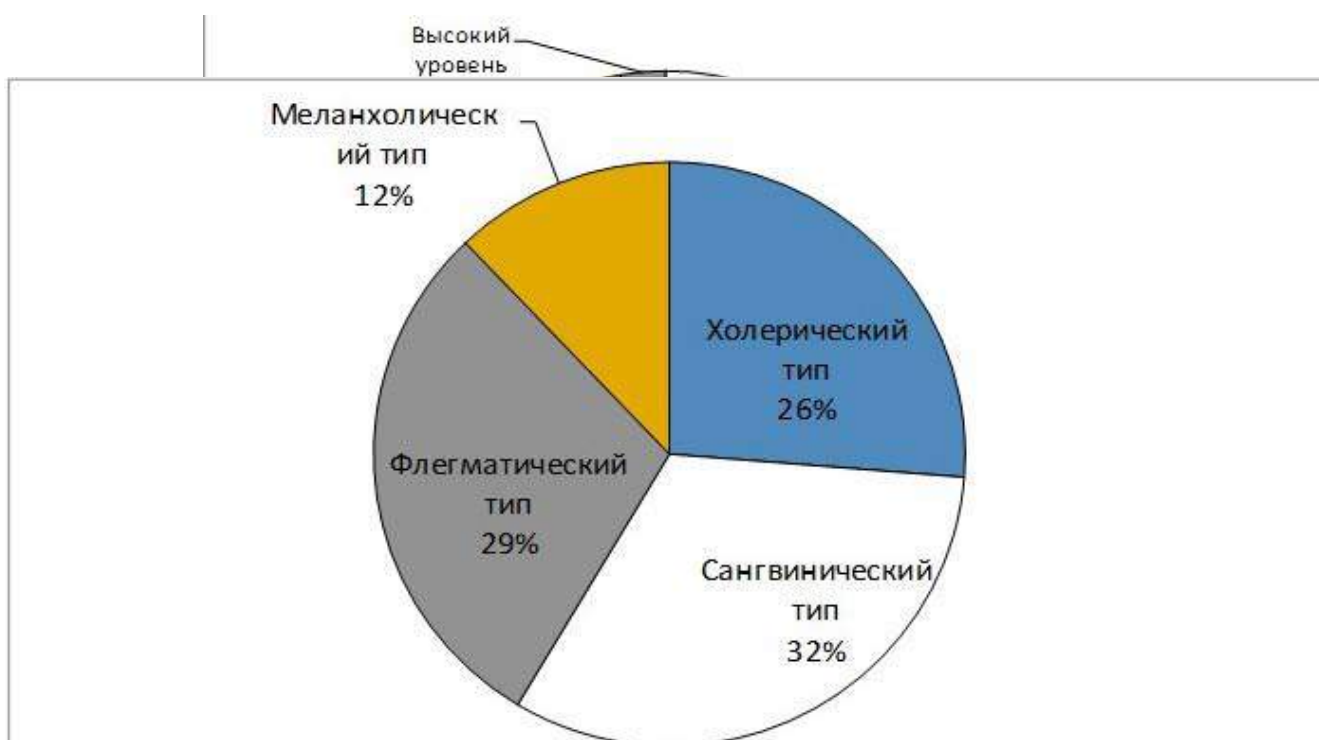
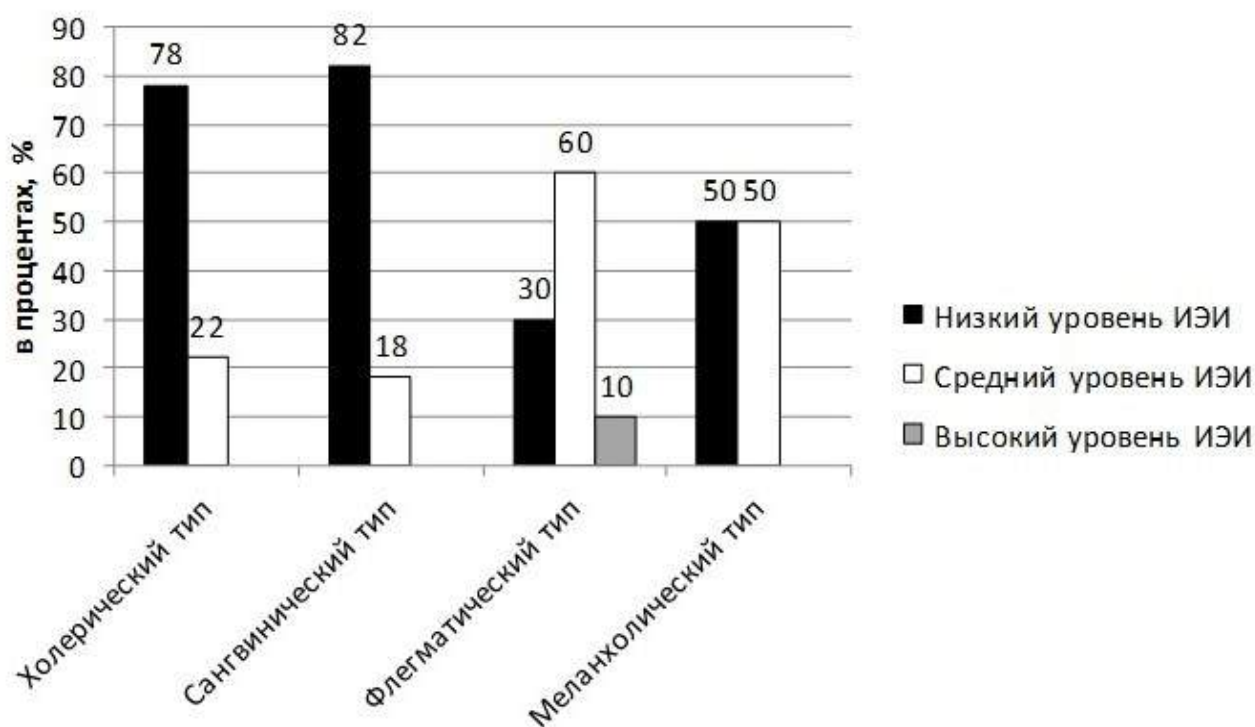


Рис. 3. “Процентное соотношение уровня ИЭИ и преобладающего типа темперамента”

Выводы: в современном мире изучение эмоционального интеллекта получает все большую актуальность, так как многочисленные исследования представляют его как наиболее значимый фактор успеха личности.

В результате исследования мы получили данные о зависимости уровня эмоционального интеллекта от типа темперамента и определили, что наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта обладают личности с флегматическим типом темперамента, наиболее низкие показатели у обладателей холерического и сангвинического типов темперамента, промежуточное положение занимают личности с меланхолическим типом темперамента.





Литература

1. Андреева, И.Н. Азбука эмоционального интеллекта. - СПб., 2012.
2. Андреева, И.Н. Биологические и социальные предпосылки эмоционального интеллекта / Когнитивная психология: сб.ст.; под ред. А.П. Лобанова, Н.П. Радчиковой. – Мн.: БГПУ, 2006 - С. 7-11.
3. Базарсадаева, Э.Ж. К вопросу об истории изучения эмоционального интеллекта / Вестник БГУ, 2013. №5.
4. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001 - С. 633–634
5. Ковшилова, С.Н. Особенности эмоционального интеллекта студентов / Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2010. №11-1
6. Либин, А.В. Дифференциальная психология: На пересечении европейских, российских и американских традиций.– М: Смысл; Per Se, 2000. - 549 с
7. Миронова, Е.Е. Сборник психологических тестов. Часть I / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. - 155 с
8. Mayer, J.D. A field guide to emotional intelligence / Ciarrochi J.D., Forgas J.P., Mayer J.D. (eds.) Emotional intelligence in everyday life. - Philadelphia, P.A., 2001. - P. 3-24.
9. Mayer, J.D. Emotional Intelligence: Popular or Scientific Psychology. N.Y., 2005
10. Funke, J. Handbuch der Allgemeinen Psychologie: Kognition (Handbuch der Psychologie, Band 4). Goettingen: Hogrefe (2006), pp. 475-484

УДК 316.356.2 (04)

В. С. Иванова, И. Р. Давлетшин

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ В НЕПОЛНОЙ СЕМЬЕ

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Данная статья рассматривает тенденции трансформации семьи как социального института (увеличение числа разводов, снижение рождаемости, стремление к независимости супругов), включает в себя анализ существующих форм семьи и подробное описание получившей в последнее время широкое распространение неполной семьи. Авторы указывают основные причины возникновения неполной семьи (развод, внебрачное рождение, вдовство) и дополнительные причины, свойственные в большей степени современному обществу (усыновление ребенка в отсутствие постоянного партнера, распад семьи вследствие эмиграции). В статье отражены результаты исследований неполной семьи и влияния воспитания в монородительской семье на личность. Были выделены негативные (низкий социально-экономический статус матери-одиночки, высокий риск ухудшения школьной успеваемости, слабое здоровье и тревожность детей) и позитивные (большая самостоятельность, стремление работать) аспекты воспитания в неполной семье.

Ключевые слова: неполная семья, развод, монородительская семья, воспитание.

V.S.IVANOVA , I.R.DAVLETSHIN

FEATURES OF THE FORMATION PERSONALITY IN INCOMPLETE FAMILY

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The present article analyzes the transformation tendencies of family as a social institute (increasing number of divorces, decrease of birth-rate, tendency for spouses' autonomy), includes an analysis of existing forms of family and a detailed description of incomplete family which is now wide-spread. The authors identifies the main reasons of incomplete family origin (divorce, extra-matrimonial birth, widowhood) as well as additional reasons which are mostly intrinsic to modern society (adoption of a child in absence of a constant partner, family break-up as a result of emigration). The article reflects the results of research concerning incomplete family and the influence of upbringing in a mono-parental family on personality conducted by psychologists, sociologists, demographers of Russian and Latin American schools of thought. It identifies negative (low socioeconomic status of a single mother, high risk of decrease of school performance, weak health and anxiety of children) and positive (higher independence, determination to work) aspects of upbringing in an incomplete family.

Keywords: incomplete family, divorce, mono-parental family, upbringing.

Актуальность данной работы заключается в том, что в нашей стране, да и во всем мире, количество неполных семей достаточно велико. Существует множество причин, по которым люди разводятся и снова вступают в повторный брак или так и остаются независимыми от супружеских обязательств. В любом случае структура семьи, ее изменения сильно влияют на развитие ребенка. С одной стороны, семья воспитывает: здесь ребенок получает азы человеческой культуры — физической, интеллектуальной, экономической, нравственной, эстетической. Однако, с другой стороны, воспитание — процесс целенаправленного взаимодействия на развитие личности человека согласно идеалам и задачам, сложившимся в обществе. Вот почему однозначно: гражданин общества начинается в семье.

Цель исследования: анализ воспитательного потенциала неполной семьи, получившей широкое распространение в современном обществе.

Материалы и методы: для проведения сравнительного анализа личностных особенностей детей из полных и неполных семей было опрошено 87 человек.

Для диагностики личностных особенностей применялись следующие методики:

1. Тест описания поведения К. Томаса.
2. Опрос на распространенность неполной семьи в современном обществе.
3. Методика диагностики межличностных отношений, созданная Т. Лири.

Результаты и обсуждение: По результатам анализа показателей всех проведенных методик и построения особенностей формирования личности можно отметить, что для детей из материнских семей характерны следующие личностные особенности: замкнутость, эмоциональная нестабильность, подчиненность, низкая нормативность социального поведения, сдержанность, робость, чувствительность, мечтательность, прямолинейность, консерватизм, низкий самоконтроль, расслабленность. Их сверстников из полных семей характеризуют: общительность, эмоциональная стабильность, доминантность, экспрессивность, высокая нормативность поведения, чувствительность, подозрительность, мечтательность, прямолинейность, тревожность, радикализм, нонконформизм, высокий самоконтроль, напряженность.

Заключение и выводы: При высокой субъективной оценке сплоченности семьи традициям и ритуалам отводится значительная роль в гармоничном функционировании семьи, существует мотивация к их сохранению и передаче подрастающим поколениям, а также к обогащению накопленного репертуара семейных традиций. В рамках психологической работы с неполной семьей мы можем использовать формирование семейных ритуалов как средство улучшения взаимоотношений в семье, независимо от ее структуры. Создание нового ритуала должно исходить из особенностей конкретной семьи и

способствовать возникновению конструктивных образцов поведения. Таким образом, неполная семья хотя и сталкивается с рядом объективных трудностей, но обладает достаточным потенциалом для полноценного воспитания детей.

Литература

1. «Психологическая наука и образование» Электронный журнал. 2011, №3 .Режим доступа: <http://psyedu.ru/journal/2011/3/2464.phtml>
2. Психология родительства и семейного воспитания Под. ред. Р.В. Овчарова. – Курган, 2004.
3. Целуйко В.М. Неполная семья. — Волгоград, 2000.

УДК 159.922.761

Е. В. Данилова, А. Н. Муллаянова

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: проведен анализ психолого-педагогической литературы по проблеме девиантного поведения у детей с нарушениями слуха. Девиантное поведение как определенный конструктор изучалось разными научными направлениями и школами.

Ключевые слова: девиантное поведение, комплекс неполноценности, сурдапедагогика.

E. V. Danilova, A. N. Mullayanova

DEVIANT BEHAVIOR AMONG CHILDREN WITH HEARING DISORDERS

Chair of psychology and pedagogy, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: psychological and pedagogical literature devoted to the problem of deviant behavior among children with hearing disorders has been analyzed. Deviant behavior as a certain designer has been studied by many scientific fields and schools.

Keywords: deviant behavior, inferiority complex, deaf education.

Проблема девиантного (отклоняющегося) поведения, несмотря на огромное количество эмпирических и теоретических исследований в различных областях научного знания, относится к категории наиболее сложных, неоднозначных и одновременно актуальных. Актуальность ее заключается в том, что с каждым годом прослеживается тенденция к увеличению числа детей с отклонениями в поведении. Кроме того, проблема девиантного поведения детей с нарушением слуха на сегодняшний день остается недостаточно изученной.

В результате влияния неблагоприятных обстоятельств у детей могут возникнуть разнообразные нарушения социализации. Это проявляется в поведении личности, которое не способствует успешному развитию. Отклонения в социальном поведении подрастающего поколения часто сопровождаются социальной дезадаптацией, деформацией социальных связей, а также отчуждением от семьи и школы. С целью преодоления таких трудностей и включения личности в систему социально-значимых отношений необходимо реализовать комплекс педагогических мероприятий, направленных как на оздоровление социальной ситуации, так и на индивидуальную психолого-педагогическую профилактику девиантного поведения детей.

Девиантное поведение — это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся социальной дезадаптацией. Термин «девиантное поведение» можно применять к детям не младше 5 лет.

Девиантное поведение обусловлено взаимодействием многих факторов. Биологические факторы выражаются в существовании неблагоприятных физических или анатомических особенностей организма человека, затрудняющих его социальную адаптацию. К ним относятся:

- генетические, которые передаются по наследству. Это могут быть нарушения умственного развития, дефекты слуха и зрения, телесные пороки, повреждения нервной системы. Данные поражения приобретаются, как правило, еще во время беременности матери в силу неполноценного и неправильного питания, употребления ею алкогольных напитков, курения; заболеваний матери (физические и психические травмы во время беременности, хронические и инфекционные соматические заболевания, черепно-мозговые и психические травмы, венерические заболевания); влияние наследственных заболеваний, а особенно наследственности, отягощенной алкоголизмом;

- психофизиологические, связанные с влиянием на организм человека психофизиологических нагрузок, конфликтных ситуаций, химического состава окружающей среды, новых видов энергии, приводящих к различным соматическим, аллергическим, токсическим заболеваниям;

- физиологические, включающие в себя дефекты речи, внешнюю непривлекательность, недостатки конституционно-соматического склада человека, которые в большинстве случаев вызывают негативное отношение со стороны окружающих, что приводит к искажению системы межличностных отношений в коллективе, особенно у детей в среде сверстников.

Другим не менее важным фактором отклонений в психосоциальном развитии ребенка является неблагополучие семьи. Выделяются стили семейных взаимоотношений, ведущих к формированию асоциального поведения несовершеннолетних:

- дисгармоничный стиль воспитательных и внутрисемейных отношений, сочетающий в себе потворство желаниям ребенка, гиперопеку и провоцирование ребенка на конфликтные ситуации;

- нестабильный, конфликтный стиль воспитательных влияний в неполной семье, в ситуации развода, длительного раздельного проживания детей и родителей;

- асоциальный стиль отношений в дезорганизованной семье с систематическим употреблением алкоголя, наркотиков, аморальным образом жизни, криминальным

поведением родителей, проявлениями маломотивированной "семейной жестокости" и насилия [6].

Диагноз нарушенного поведения ставится на основании чрезмерной драчливости, хулиганства, жестокости, разрушительных действий, поджогов, воровства, прогулов в школе, уходов из дома, откровенного непослушания. Обычно основанием для соответствующей оценки поведения служит продолжительность описанных отклонений, составляющая 6 и более месяцев.

Поведенческие реакции, свойственные преимущественно детям:

- реакция оппозиции или протеста. В раннем дошкольном возрасте возникает при ограничении активности ребенка, при чрезмерном или насильственном кормлении. У старших детей – глубокая обида, ущемленное самолюбие, недовольство, возникающие из-за чрезмерных требований, недостатка внимания;

- активный протест – непослушание, грубость, разрушительные действия;

- пассивный протест – отказ от еды, уход от дома, попытки самоубийства, отказ от речи, энурез, рвоты, нарушение эмоционального контакта;

- реакция отказа– неподвижность, заторможенность, отсутствие стремления к общению. Утрачивается желание играть. Возникает в связи с утратой ребенком чувства безопасности, неудовлетворенной потребностью в общении с эмоционально значимой фигурой;

- реакция имитации характеризуется копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Нарушение поведения возникает, когда копируются асоциальные формы поведения, вредные привычки, аддиктивное поведение;

- реакция компенсации. Может возникнуть как форма психологической защиты, при которой разочарованные своей неудачей в одной сфере дети стремятся достичь больших успехов в других областях. Эта реакция может лечь в основу нарушений в поведении, если ребенок, не сумевший проявить себя в школе, станет укреплять свой авторитет за счет асоциального поведения;

- реакция гиперкомпенсации отличается от предыдущей тем, что свою неспособность или свой дефект дети преодолевают за счет сверхусилий в наиболее трудной для них области деятельности.

Проблема изучения личности глухого как социальная проблема впервые была поставлена и осмыслена Львом Семёновичем Выготским, основоположником современной отечественной психологии и дефектологии. Он обосновал положение о том, что интеграция личности неслышащего в общество слышащих может осуществляться только путем его

включения в разнообразную социально-значимую деятельность. Л.С Выготский утверждал, что слепые и глухие ощущают свою неполноценность не биологически, а социально [1].

В результате недостаточного развития речи, меньшего объема знаний, которыми располагает неслышащий ребенок по сравнению со слышащими сверстниками, а также ограниченностью общения с окружающими, обнаруживается более замедленный темп становления личности неслышащего. Это проявляется в относительной узости познавательных интересов, в недостаточной осведомленности о различных областях жизни общества.

Глухие дети сравнительно поздно узнают о своем дефекте - они не догадываются о роли слухового анализатора в общении с окружающими. Лишь постепенно они осознают значение слуха для познания окружающей действительности. Первые признаки осознания своего дефекта и связанные с этим переживания отмечаются в возрасте 6—8 лет. У младших школьников проявляется эмоционально-волевая незрелость, что выражается в склонности к аффективным взрывам, подражательности, внушаемости и др. Глухота у детей может приводить к хроническим характерологическим девиациям, наблюдаемым позже и в зрелом возрасте.

В происхождении подобных расстройств у глухих и слепых А. Г. Ковалев, А. Е. Личко придают важное значение неправильному воспитанию, способствующему формированию астенических и истероидных свойств личности, закреплению потребительского отношения к окружающим [2], [4].

М. С. Лебединский и В. Н. Мясищев отмечали, что у таких детей болезненно измененная реактивность в сочетании с комплексом неполноценности может явиться источником патологического развития личности [3]. Комплекс неполноценности— совокупность психологических и эмоциональных ощущений человека, выражающихся в чувстве собственной ущербности и иррациональной вере в превосходство окружающих над собой. Существенно влияет на самочувствие и поведение человека. Первым, кто исследовал и описал комплекс неполноценности, был венский психоаналитик Альфред Адлер [5]. Люди, страдающие комплексом неполноценности, рассматривают себя как нечто незначительное и ущербное. У многих пациентов на его почве развиваются депрессии, за которыми в тяжёлых случаях может последовать опасность самоубийства. Одним из симптомов комплекса неполноценности может быть демонстрация сигналов, которыми страдающий им человек пытается обратить на себя внимание остальных людей. Другими симптомами могут быть недостаточность контактов, боязнь людей, боязнь сделать ошибку, постоянное напряжение. Комплекс неполноценности — в целом, негативное явление. Однако, в некоторых случаях,

он может мотивировать человека на достижение позитивных целей в жизни. Но если комплекс неполноценности преодолеть не получилось, то это может привести к неврозу в зрелые годы.

Идеи Л. С. Выготского о путях развития специального воспитания и обучения глухих детей получили дальнейшее развитие в теории и практике отечественной сурдопедагогики (Н. Д. Ярмаченко, Р. М. Боскис, А. И. Дьячков, Н. Ф. Засенко, С. А. Зыков, Т. С. Зыкова, Е. П. Кузьмичева, Е. Н. Марциновская, И. В. Колтуненко, Л. П. Носкова, М. И. Никитина, Ж. И. Шиф и др.) [7]. Вопрос о выборе правильных путей, соответствующего содержания эффективных форм и методов воспитательной работы в школе глухих является одной из центральных проблем комплексного подхода к воспитанию.

Воспитатель должен быть дефектологом-сурдопедагогом с высшим сурдопедагогическим образованием. На основании глубоких знаний общей и специальной педагогики и психологии он должен, ориентируясь на реальные возможности глухого, в соответствии с целью социального воспитания, спланировать работу. Сурдопедагог должен действовать со знанием дела, применяя правильные, эффективные методы воспитательной работы. Он должен видеть в глухом воспитаннике прежде всего личность. Великий гуманист, Л.С. Выготский, высшее проявление гуманизма видел не в том, чтобы воспитатель, педагог проявляли снисхождения и уступки, ориентируясь в своей работе на дефект, а наоборот в том, чтобы они создавали в разумных пределах трудности для глухих детей в процессе их воспитания и обучения, учили преодолевать эти трудности, и тем самым развивали личность, ее здоровые силы.

Литература

1. Выготский Л.С. «Педагогическая психология». Год издания: 2008. Издательство: АСТ/ Астрель.
2. Ковалев А.Г. «Психология семейного воспитания». Минск, 1980.
3. Лебединский М. С. , Мясичев В.Н. « Введение в медицинскую психологию». Л., Медицина, 1966.
4. Личко А. Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков». — Санкт-Петербург: Речь, 2010.
5. Альфред Адлер «О нервическом характере ðÜber den nervösen Charakter». Под ред. Э. В. Соколова; пер. с нем. И. В. Стефанович. — Спб.: Университетская книга, 1997.
- 6.. Штинова Г.Н. Социальная педагогика [Электронный ресурс]: учеб. для студентов вузов, обучающихся по специальности «Соц. педагогика» / Г.Н. Штинова, М.А. Галагузова,

Ю.Н. Галагузова ; под общ. ред. М.А. Галагузовой. — М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. — 447 с. — (Учебник для вузов). - Режим доступа: <http://static.myshop.ru/product/pdf/110/1096298.pdf>

7. Бейн Э. С., Власова Т. А., Левина Р. Е., Морозова Я. Г., Шиф Ж. И. Научное творчество Л.С. Выготского в психологии и дефектологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<http://psixologiya.org/specialnaya/osnovy/1622-nauchnoe-tvorchestvo-ls-vygotskogo-v-psixologii-i-defektologii.html>

УДК 001.740

К.В. Храмова, Р.Ш.Джафарова

**ВЛИЯНИЕ ЙОГИ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ**

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы. Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме: В данной работе мы изучили влияние йоги на психосоматические расстройства и эмоциональное состояние людей. Был проведен опрос среди девушек, которые занимаются йогой и тех, кто не использует специальные методики для поддержания своего психоэмоционального состояния. Сделан вывод о том, что йога положительно влияет на психосоматику и улучшает эмоциональное состояние людей, помогает расслабиться и отстраниться от ненужных мыслей, улучшить свою физическую форму и, таким образом, повышает качество жизни современного человека.

Ключевые слова: йога, психосоматика, эмоции, саморегуляция, здоровье.

Khramova K. V., R.Sh. Dzharova.

***THE INFLUENCE OF YOGA TO THE PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND
EMOTIONAL CONDITION OF PEOPLE.***

***Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work.
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia).***

Resume: In this work we have investigated the influence of yoga to psychosomatic disorders and the emotional condition of people. Conducted a survey among girls, that deal with by yoga and among those, that don't use the special methods for maintenance of their psychoemotional condition. Made the conclusion about that the yoga has the positive effect on the psychosomatics and improves the emotional condition of people, helps to relax and to move away from the unnecessary thoughts, to improve physical form and thus improves the quality of live of modern man.

Keywords: yoga, psychosomatics, emotions, self-regulation, health.

Актуальность исследования: В настоящее время, никто не будет оспаривать тот факт, что физическое состояние человека напрямую связано с его психическим здоровьем. Изучение психосоматики и эмоционального состояния человека показывает нам, насколько сильно зависит здоровье и настроение человека от его состояния души. Наши мысли, настроение, любовь или ее отсутствие, умение находить или увидеть вокруг себя красоту и наслаждаться ею, способность быть счастливым, наш характер и отношение к успехам и

неудачам – все это составляющие нашего эмоционального, а значит и физического благополучия. Анализ философских направлений направленных на достижение этого благополучия, а именно к таким направлениям относится йога, является особо актуальным в условиях современной насыщенной стрессами действительности.

Цель исследования: Изучение влияния занятия йогой на психоэмоциональное состояние человека.

Материалы и методы исследования: изучение психологической, философской и медицинской литературы по теме исследования и анкетирование. Тест на стрессоустойчивость (С. Коухена и Г. Виллиансона) людей занимающихся и не занимающихся духовными практиками направленными на коррекцию эмоционального состояния;

Понятие психосоматики и эмоционального состояния человека, их роль и место в современном обществе.

Психосоматика (греч. *psyche* - душа, *soma* - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Наиболее общее эмоциональное состояние, окрашивающее в течение длительного времени все поведение человека называется настроением. Оно весьма разнообразно и может быть радостным или печальным, веселым или угнетенным, бодрым или подавленным, спокойным или раздраженным и т.п. Настроение является эмоциональной реакцией не на прямые последствия тех или иных событий, а на их значение для жизни человека в контексте его общих жизненных планов, интересов и ожиданий.

Жизнедеятельность современного человека, особенно в условиях научно-технического и технологического прогресса, настолько интеллектуально и психо-эмоционально напряжена, что она объективно наполняется массой патогенных, стрессогенных ситуаций и факторов. Ведь современный человек живет в *особой* эмоциональной и информационной среде, в которой «ни идеология, ни нравственная регуляция не оказывают достаточного влияния и не содержат конкретных предписаний к действиям» [1, С. 248], что оказывает отрицательное влияние на его психическое и физическое здоровье. Об остроте современной психосоматической ситуации свидетельствует то обстоятельство, что многими медицинскими работниками признается тот факт, что значительный процент всех заболеваний в той или иной мере связаны с психологическим стрессом. Научно-технический прогресс, изменяющийся под его воздействием окружающий человека мир и современное

общество препятствуют нормальному (привычному) функционированию организма. У современного человека недостаточно сформирован навык и умение определять свои потребности, взаимодействовать и управлять собственными эмоциями и чувствами, к тому же общество требует, чтобы человек сдерживал свои чувства, особенно отрицательные, и не давал им проявиться в определенной обстановке.

Влияние йоги на эмоциональное состояние человека. Все, что мы переживаем, так или иначе отражается на состоянии тела и души. Наши стрессы, страхи и травмы, которые сознание не в силах вместить, вытесняются в подсознание. Они могут привести к зажимам, мышечным спазмам, ограничению подвижности тела. Такие методики как телесно ориентированная или танцевально-двигательная терапия помогают достать подавленные эмоции и комплексы из тела и перевести их из подсознания в сознание, чтобы прожить и отпустить.

Йога действует похожим образом. С помощью практики действительно можно прийти к душевной гармонии, но часто это довольно долгий и непростой путь. Йога — не симптоматическое средство, она работает с первопричинами проблем. Это скелеты, которые прячутся в шкафу вашего тела.

Снимая мышечные зажимы и восстанавливая подвижность суставов с помощью йоги, мы получаем возможность осознать причину того или иного ограничения. Болевые, неприятные или просто необычные ощущения в теле во время практики способны многое рассказать, если достаточно чутко слушать. В самом начале практики вы, возможно, ничего не осознаете. Вместо этого вы можете испытывать перепады настроения, приступы гнева или желание плакать без видимой причины. Именно на этом этапе важно не бросить занятия, а продолжить практиковать, очень внимательно и бережно прислушиваясь к ощущениям в теле и колебаниям эмоций. Возможно, скоро в сознании всплывут события вашей жизни, которые являлись истинной причиной телесного дискомфорта или ограничения.

В философии йоги существует такое понятие, как энергетические центры. Более привычное их название — чакры. Каждая чакра связана с определенным отделом тела и аспектом личности: муладхара-чакра в основании позвоночника — осознание права на жизнь, понятие «я есть»; свадхистхана-чакра чуть ниже пупка — эмоции и желания; манипура-чакра в солнечном сплетении — сила воли и способность к концентрации; анахата-чакра в центре грудной клетки — безусловная любовь и принятие; вишудха-чакра в основании горла — творчество и самовыражение; аджна-чакра в области межбровья — интуиция и внутреннее видение; сахасрара-чакра на макушке — связь с божественным началом.

Результаты проведенного анкетирования: Нами было проведено анонимное анкетирование среди девушек от 20 до 30 лет, которые занимаются йогой в фитнес-клубе «Fitness Land» на протяжении месяца, полугода, года и более и девушек не использующих техники снижения психоэмоционального напряжения.

В результате исследования было выявлено, что субъективное ощущение полного внутреннего спокойствие приобрели 76,7% , частичное 16,7% и не почувствовали разницу 6,7% опрошенных.



Рис. 1. Сравнительная диаграмма субъективного ощущения респондентами внутреннего спокойствия.

Также был проведен тест на стрессоустойчивость среди девушек занимающихся и не занимающихся йогой, который показал, что среди людей, не занимающихся йогой, 63% характеризующиеся средним уровнем стрессоустойчивости, их раздражают только очень неприятные вещи. Не драматизируя повседневные невзгоды, они способны легко забывать о них; 25% у респондентов с низким уровнем стрессоустойчивости, их раздражает почти все, даже самое незначительное. Они вспыльчивы и легко выходят из себя. Это расшатывает их нервную систему, усиливая трения с окружающими; и 12% респондентов показали высокий уровень стрессоустойчивости, их очень сложно вывести из равновесия. А это гарантия против непродуктивного переживания стрессов.

Респонденты занимающиеся йогой показали следующий результат: 69% высокий уровень стрессоустойчивости и 31 % средний уровень. Людей с низким уровнем в данной категории опрошенных не выявлено.

Выводы: Выявлено, что раздражительность влияет на соматическое здоровье, на эмоциональное состояние человека, мысли и эмоции человека могут влиять на его физическое состояние, вплоть до возникновения заболеваний или исцеления, приобретение внутреннего спокойствия. После проведенного анкетирования с уверенностью можно

сказать, что занятие йогой значительно снижает стресс, агрессию и раздражительность человека и занятие подобными духовными практиками вполне можно порекомендовать пациентам, имеющим психосоматические заболевания.

Литература

1. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. Вісник Психоневрол. – 2001. – т.9, вып.4. – С. 79-82;
2. Свами Шивананда. «Новый взгляд на традиционную йоготерапию». пер. А.Сидерского. - Киев, София, 1994 г.;
3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты, доклад на ОКМ РАМН, 1998 г., RE. Moulder's World;
4. Тополянский В.Д., Струковская М.В., Психосоматические расстройства.- М. Медицина, 1986 г.;
5. Храмова К. В., Социокультурная обусловленность самосознания личности // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). Рига-Москва, 2012. №8 (24). С. 245-251.

УДК 159.952.4

Д.А. Ибатуллина

КОНЦЕНТРАЦИЯ КАК СВОЙСТВО ВНИМАНИЯ

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Данное исследование проведено с целью определения уровня концентрации внимания молодых людей 18-19 лет. Внимание – это сосредоточенность сознания и его направленность на что-либо, имеющее значение для человека. Тестирование показало, что около половины студентов, принимавших участие в исследовании, имеют высокий уровень концентрации внимания, отличные результаты же чаще показывают юноши, нежели девушки.

Ключевые слова. внимание, концентрация, сосредоточенность.

Ibatullina D.A.

CONCENTRATION AS A FEATURE OF ATTENTION

Department of pedagogics and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. This study was organized in order to find out the level of concentration of attention of young people aged from 18 to 19. Attention is a recollection of consciousness and its directionality on something valued for person. The results showed that around half of students being examined have high level of concentration. In average, men show excellent results more often than women do.

Key words. attention, concentration, recollection

Актуальность: тема данного исследования актуальна ввиду того, что концентрация внимания – один из основных показателей всей познавательной сферы личности, обеспечивающий успешность учебной деятельности. У студентов уровень развития внимания обуславливает возможности познавательной деятельности и существенно влияет на эффективность обучения.

Цель исследования: целью данной работы является определение уровня концентрации внимания у юношей и девушек 18-19 лет.

Материалы и методы: в данном исследовании применялось два вида тестирований - тест Мюнсетербергера и тест Пьерона-Рузера [3], [4].

Важнейшей особенностью протекания психических процессов является их избирательный, направленный характер. Мы всегда воспринимаем что-то, что-то представляем, размышляем, думаем о чем-то. Этот избирательный, направленный характер психической деятельности в

современной психологии связывают с таким свойством нашей психики, как внимание. Одной из наиболее характерных особенностей внимания является концентрация психической деятельности (сосредоточение субъекта на объекте) [2]. Концентрация внимания (противоположное качество — рассеянность) проявляется в различиях, которые имеются в степени концентрированности внимания на одних объектах и его отвлечении от других [1]. Концентрация предполагает не просто отвлечение от всего постороннего, от всего не относящегося к данной деятельности, но и торможение (игнорирование, устранение) побочной, конкурирующей деятельности. Кроме того, концентрация внимания вместе с мобилизацией памяти, воображения и мышления на решении какой-то капитальной проблемы важно для обеспечения психического состояния вдохновения, необходимого для решения задач в научном, художественном и техническом творчестве [2].

Результаты и обсуждение: с целью определения уровня концентрации внимания у студентов первого курса нами было проведено исследование, включающее два теста – тест Мюнсетерберга и тест Пьерона-Рузера. В исследовании принимало участие 30 человек от 18 до 19 лет, студентов первого курса БГМУ лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Результаты первого тестирования показали, что очень высокий уровень концентрации имеют 16,6% студентов, столько же имеют средний уровень. Высокий уровень концентрации показали 30% студентов. Низкие показатели продемонстрировали 26,6% студентов, очень же низкие – всего 10%. Результаты представлены на рисунке 1.



Рис. 1. Общие результаты теста Мюнсетерберга.

Нам также было интересно узнать, как различается уровень концентрации внимания у юношей и девушек. Низкий результат показал больший процент юношей, чем девушек, кроме того, девушки чаще, чем юноши показывали высокий результат. Однако очень высокий уровень концентрации показали более чем на 13% больше юношей, чем девушек, а

очень низким уровнем концентрации внимания из юношей не обладал никто. Более подробные результаты представлены на рисунке 2.

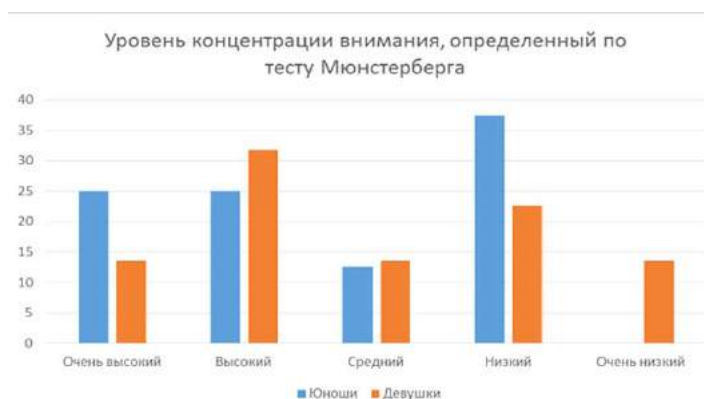


Рис. 2. Уровень концентрации внимания у юношей и девушек по тесту Мюнсетерберга.

По результатам второго тестирования высоким уровнем концентрации внимания обладают 56,6% принимавших участие в исследовании студентов, 30% показали средний результат, и лишь 6,6% имеют низкий уровень концентрации. Результаты представлены на рисунке 3.

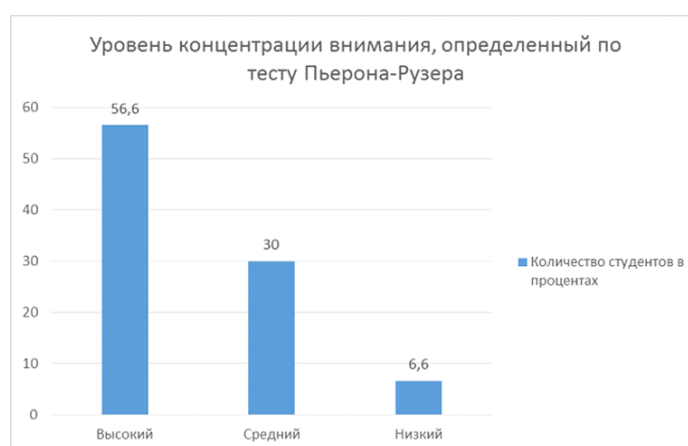


Рис 3. Общие результаты теста Пьерона-Рузера.

Результаты теста Пьерона-Рузера показали, что более 57% юношей имеют высокий уровень концентрации, тогда как большинство девушек (52,1%) показали средний результат. Однако, меньший процент девушек, чем юношей, имеет низкий уровень концентрации внимания (4,3% против 14,2%). Результаты представлены на рисунке 4.

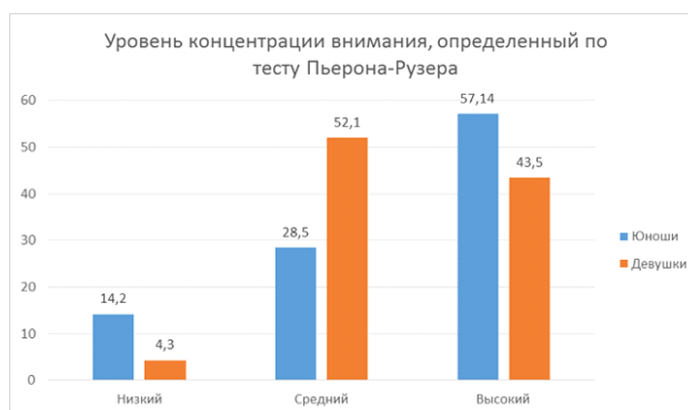


Рис 4. Уровень концентрации внимания у юношей и девушек по тесту Пьерона-Рузера.

Закключение и выводы: таким образом, по результатам теста Мюнстерберга больший процент юношей, чем девушек, показал низкие результаты, однако очень низкие результаты из юношей не показал никто. Высокий же результат показали 30% всех студентов, принимавших участие в исследовании. Напротив, по результатам теста Пьерона-Рузера подавляющее большинство юношей показали высокий уровень концентрации внимания, когда как более половины девушек показали средний результат. Подобная разница может обуславливаться спецификой проведенных тестов, а также индивидуальными психологическими особенностями.

Литература

1. Немов Р. С. Психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн //М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2003.
2. Петровский А. В. и др. Общая психология //М.: Просвещение. – 1996.
3. [Электронный ресурс]. URL.: <http://psycabi.net/testy/579-test-myunsterberga-na-vospriyatie-i-vnimanie-diagnostika-izbiratelnosti-vnimanija>
4. [Электронный ресурс]. URL.: <http://www.psy-files.ru/mat/poznavatelnie-processi/338-test-perona-ruzera..html>

УДК: 159.97:612.821(04)

О.М.Иванова, А.Р.Габдулвалеева

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Башкирский государственный медицинский университет

Резюме. Нами были изучены психологические аспекты зависимостей.

Ключевые слова: зависимость, человек, психологические аспекты.

O.M.Ivanova, A.R.Gabdulvaleeva

THE STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DEPENDENCY

The Bashkir state medical university (Ufa, Russia)

Abstract. Psychological aspects of dependence was learned by us

Keywords: dependence, human, psychological aspects.

Актуальность. В современном обществе все чаще встречается различного рода психологические зависимости. Здоровье зависит от биологии, экологии среды, от состояния здравоохранения. Чаще всего молодые юноши и девушки подвержены психологическому давлению людей, которые страдают от зависимостей, и отказаться уже не могут, так как это вошло в привычку. В случае, если человек обращается к специалистам, врачам-психиатрам, клиническим психологам, наркологам и другим специалистам этого направления, то он может справиться с этими недугами.

Цель исследования: изучение психологических аспектов зависимости.

Во время исследования нами решались следующие задачи:

- анализ психологической литературы по данной проблеме;
- выявление наличия у людей зависимостей и как часто они обращаются за помощью в врачам-специалистам;
- сравнительный анализ полученных данных с целью выявления динамики определения наличия зависимости;
- оформление результатов опытно-экспериментальной работы.

Методы исследования: анкетирование; математическая обработка; графическое оформление полученных данных. В работе была использована авторская анкета для студентов.

Таблица 1

Анкетирование по изучению статусной иерархии в группе

Как Вы считаете, есть ли у Вас зависимость (курение, алкоголь, наркотики, еда, интернет, компьютерные игры)?

1	Да	56%
2	Нет	44%
Стоит ли людям с зависимостью обращаться к психологу, психиатру, и другим врачам-специалистам?		
1	Да	78%
2	Нет	22%
Вы бы обратились, при наличии зависимости к врачу-специалисту?		
1	Да	62%
2	Нет	38%
Есть ли по вашему мнению квалифицированные специалисты по данной проблеме в Уфе?		
1	Да	41%
2	Нет	59%

*

достоверность при сравнении с аналогичным показателем в контрольной группе. $p < 0,05$.

База исследования: студенты 2 курса отделения «Педиатрия» БГМУ-25 человек.

Результаты и обсуждения. В настоящее время люди стали уделять немаловажное значение здоровому образу жизни, а именно соблюдение режима дня, регулярные занятия спортом, поддержание хороших взаимоотношений с людьми, закаливание, поддержание правильного питания и отказ от употребления курения, алкоголя, наркотиков, фаст-фуда, газировок, эмоциональные и психические нагрузки, экология, гиподинамия.

Люди начали осознавать, что если они начнут заниматься своим здоровьем, то они смогут реализовать свои желания, планы и возможности, чем лучше здоровье каждого человека, тем полноценнее его жизнь: он может создавать семью и при этом он получит здоровых, умных, развитых и счастливых детей. Здоровье - очень важный аспект в жизни человека, независимо от пола, возраста, так как оно бесценно.

Для понимания что такое зависимость, надо понимать, что такое быть зависимым. Люди зависят от многих аспектов жизни. Это может быть табак, кофе, сладкое, мучное, алкоголь, наркотики, телевизор, эмоции, другой человек, свое мнение и так далее. Но при этом каждый мечтает обрести свободу и не стремиться избавиться или не желает признавать свои вредные привычки.

Без посторонней помощи не возможно избавиться от зависимости. Большинство людей услышав слово «зависимость» думают об алкоголизме, наркомании, табакокурении, но это только самые сильные и негативно влияющие, а ведь есть еще и психологическая

зависимость от человека, еды, интернета и так далее. Самая распространенная по числу зависимых - это Интернет-зависимость. Л. Колчанова говорила, что «зависимость от Интернета до сих пор остается феноменом, а не самостоятельным заболеванием, в классификатор психических расстройств (DSM-V) она так и не вошла».[2]

Курение. Согласно данным ООН каждые 13 секунд один человек в мире умирает от табака. По статистике, каждый второй курит и мы относимся к сигаретам, как к забаве. Табак пагубно влияет на все органы и системы.

Наркотики и алкоголь вызывают быстрое привыкание и в основном связано начало употребления с обычаями. «Употребление алкоголя - также массовое явление, связанное с таким социальными категориями, как традиции и обычаи, с одной стороны, и общественное мнение и мода – с другой стороны»[1]

В ходе нашего исследования мы провели анализ результатов анкетирования студентов 2 курса педиатрического факультета. Проведя анкетирование, мы получили следующие результаты:

Из результатов таблицы 1 мы видим, на первый вопрос анкеты «Как Вы считаете, есть ли у Вас зависимость (курение, алкоголь, наркотики, еда, интернет, компьютерные игры)?» большинство респондентов (56%) указали «да», 44% опрошенных «нет». Таким образом мы видим, что большинство опрошенных считают себя зависимыми.

На второй вопрос анкеты «Стоит ли людям с зависимостью обращаться к психологу, психиатру, и другим врачам-специалистам?», большинство опрошенных (78%) ответили «да», то есть они рекомендуют обращаться к врачу, а вот 22% ответили «нет». Мы можем предположить, что это те люди, которые либо не хотят избавляться от проблемы, либо боятся идти к специалисту.

На третий вопрос анкеты «Вы бы обратились, при наличии зависимости к врачу-специалисту?», мы получили следующие данные: 62% опрошенных указали «да», т.е. согласны пойти при наличии зависимости к врачу, а 38% не хотят идти к специалисту, может не доверяют врачу, боятся или по другим причинам.

На четвертый вопрос «Есть ли по вашему мнению квалифицированные специалисты по данной проблеме в Уфе?» больше набрал ответ «нет»-59%, хотя большинство ответило, что при зависимости пойдут к специалисту и сюда относятся и люди, которые на третий вопрос анкеты ответили «нет». Ответили «да» 41%. Большинство людей считает не достаточным квалификацию врачей-специалистов по проблемам зависимости, хотя в Уфе существует медицинский университет и врачи имеют высокий уровень подготовленности.

Выводы: Выполненная нами исследовательская работа имеет важное значение для изучения психологических аспектов зависимостей. Мы узнали как зависимость влияет на качество жизни и ее продолжительность. Здоровый образ жизни должен быть всегда и у всех, как только родился ребенок он должен уже с раннего возраста привыкать к правильному образу жизни, чтобы в последующем у молодого человека сформировалось осознанное отношение к жизни, в частности к здоровью. Не зря же говорят: «Береги здоровье смолоду», то есть без помощи взрослых невозможно сформировать правильное отношение ребенка к своему здоровью.

Литература

1. Алкоголизм (Руководство для врачей)/ Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А. Бабаяна. М.: медицина. 2003.
2. Колчанова Л. «Психологические проблемы интернет-зависимости».

УДК 618.177-089.888.11

К.Э. Имамгаязова

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО - АСПЕКТ 21 ВЕКА

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. В данной работе представлены результаты опроса об отношении к суррогатному материнству студенток Башкирского государственного медицинского университета.

Ключевые слова. Бесплодие, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), суррогатное материнство, законодательство.

К.Е. Imamgayazova

SURROGATE CHILD BEARING- THE ISSUE OF THE 21ST CENTURY

The Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract. My project includes the results of a survey concerning different points of view towards surrogate maternity.

Keywords. Infertility, IVF, surrogate child bearing, legal system.

Актуальность: В одном из индийских храмов есть фреска, иллюстрирующая легенду о зачатии Махавиры (599г. До н.э.)- основателя джайнизма.

Махавира случайно был зачат в чреве женщины низкого сословия. Царь богов Индра повелел перенести плод женщине, достойной родить Великого Героя. На фреске изображены две женщины: одна из них – Девананда, жена священника, в чреве которой был зачат Махавира, другая – королева Тришала, которой он был пересажен. Перенос эмбриона был осуществлен божеством с оленьей головой, Харинегамешиним. [4]

В настоящее время термин «суррогатное материнство» означает методику переноса оплодотворенных яйцеклеток женщины, которая по тем или иным причинам не может выносить ребенка, в организм другой женщины – суррогатной матери. Рожденный этой женщиной ребенок передается генетическим родителям на основе заключенной договоренности.

Россия относится к числу стран, где суррогатное материнство законодательно разрешено. [2]

Правовые аспекты суррогатного материнства регулируются Семейным кодексом РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Осуществление медицинской составляющей суррогатного материнства регулируется 67 Приказом Министерства

здравоохранения РФ и 107 Приказом Минздрава России «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Процедура суррогатного материнства возможна только при определенных показаниях:

1. отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
2. деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
3. синехии (спайки внутри матки) полости матки, не поддающиеся лечению;
4. заболевания внутренних органов, при которых вынашивание беременности противопоказано;
5. неудачные повторные попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.

Требования к суррогатной матери описаны в Приказе Минздрава РФ N 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия»

—возраст от 20 до 35 лет;
 —наличие собственного здорового ребенка;
 — психическое и соматическое здоровье.

В Статье 51 (п. 4) СК говорится, что супруги, давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, записываются родителями только с согласия суррогатной матери.

В ст. 52 СК РФ: Супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, а также суррогатная мать не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства».

Пункт 5 ст. 16 Закона «Об актах гражданского состояния» закрепляет правила, что «при регистрации рождения ребенка, выношенного суррогатной матерью должно быть представлено согласие женщины, родившей ребенка, на запись указанных супругов родителями ребенка.

Следует отметить, что соглашение о суррогатном материнстве может быть коммерческим и некоммерческим (альтруистическим).

Первое предусматривает материальное вознаграждение, второе не предполагает никакой оплаты, кроме возмещения расходов в период беременности. Некоммерческие

программы обычно выполняются в отношении родственников, их участники могут не соответствовать общим требованиям репродуктивного законодательства. Коммерческие программы обычно проводятся с помощью посредников – фирм, подбирающих суррогатных матерей, юридических родителей, медицинские учреждения.

Пациенты оплачивают все — и медикаменты, и нахождение в клинике, и непосредственно процедуры ЭКО, и расходы на суррогатную мать, анализы.

Как и иные гражданско-правовые отношения, суррогатное материнство должно четко регулироваться договором, заключенным между сторонами, которому необходимо уделять особое [3] внимание. Штрафные санкции- взыскание расходов с недобросовестной стороны, возмещение морального вреда и другие материальные возмещения должны быть существенными, что дисциплинирует стороны договора.

Если, например, суррогатная мать откажется передавать ребенка генетическим родителям или дать согласие на запись их в качестве мамы и папы ребенка в свидетельстве о рождении, она будет обязана возместить родителям все понесенные расходы на ее содержание, на медицинское обслуживание, плюс значительные штрафные санкции, то вряд ли у суррогатной матери появится желание нарушить условия договора.

Если «заказчики» отказываются от ребенка, на них возлагается обязанность его содержания, компенсационно-штрафные санкции и т.д.

Если суррогатная мать остается анонимной, то целесообразно применение следующей схемы: заключение нескольких договоров: 1) между суррогатной матерью и медицинским учреждением, где будет проводиться искусственное оплодотворение и дальнейшее наблюдение за протеканием беременности; 2) между этим медицинским учреждением и супругами-заказчиками.

Если суррогатная мать на момент заключения договора состояла в браке, то согласие мужа на участие жены в ЭКО является обязательным условием действительности договора.

Этические проблемы суррогатного материнства были заложены уже в раннем средневековье. Именно тогда начали формироваться жесткие нормы морали, которые живы до сих пор.

Этические проблемы суррогатного материнства в глазах церкви связаны не только с осквернением божьего замысла, но и с необходимостью спасения души новорожденного и женщины, произведшей его на свет.

Данная технология решила ряд вопросов, но появились новые. Возникли другие этические проблемы суррогатного материнства.[1] К этим проблемам относятся:

1) Угроза психическому и физическому здоровью суррогатной матери и ребенка.

Риск осложнения беременности, так как суррогатная мать вынашивает генетически чужеродный плод. Это может вызвать реакции отторжения, которые выражаются, потерей аппетита, снижением веса, мнительностью, раздражительностью.

Процесс передачи ребёнка родителям-заказчикам наносит женщине и ребёнку сильнейшую психологическую травму. Суррогатная мать может глубоко привязаться к вынашиваемому ребёнку в силу тесной биологической связи.

2) Разрушение понятий, обозначающих кровнородственные связи.

В 1991 году Арлет Швейцер стала первой в США суррогатной матерью для своих внуков. Она родила через кесарево сечение двойню. Подобные ситуации порождают размывание понятий (мать, бабушка, сын, внук), традиционно служащих для обозначения кровнородственных связей. И вообще, Как повлияет на ребенка известие, что бабушка в тоже время доводится ему мамой? Как объяснить эту ситуацию ребёнку, и сможет ли сам он внятно объяснить её учителям и одноклассникам, не превращаясь в мишень для насмешек? Даже если, это пытаться скрыть, все равно, есть такая угроза как

3) Разглашение тайны происхождения ребёнка.

4) Негативное влияние на психику потенциальных родителей.

— опасение за то, что суррогатная мать не отдаст ребенка;

— страхи, связанные с вынашиванием её ребенка другой женщиной (а не делает ли она что-нибудь бесполезное ребёнку, не полюбила ли она его больше, чем я?);

— отсутствие гарантии того, что после рождения ребёнка биологические родители не будут подсознательно искать у него черты сходства с той женщиной, которая его носила,

5) Коммерциализация материнства

Если суррогатная мать — это родственница бесплодной женщины, абсолютность альтруистических мотивов поступка несомненна. Это случай некоммерческого суррогатного материнства. Если же суррогатная мать — посторонняя женщина, то это случай коммерческой услуги за которую могут предложить «гарантированную компенсацию до 900.000 рублей».

6) Купля-продажа детей.

Объектом договора купли-продажи является не только биологическая способность к деторождению суррогатной матери, но и сам ребенок. Если бы объектом купли-продажи являлся только процесс вынашивания ребенка, то назначенная в договоре сумма должна была бы выплачиваться суррогатной матери в самом начале беременности. Но то, что часть денег выплачивается лишь в конце беременности, после родов, указывает на то, что такой

договор имеет своей конечной целью поставку произведенного «продукта», т. е. куплю-продажу детей. Если, к примеру, ребёнок имеет дефекты развития, заказчики могут от него отказаться: зачем выплачивать всю сумму за «продукт», не удовлетворяющий всем требованиям?

Цель исследования: Выяснить отношение студенток Башкирского государственного медицинского университета к суррогатному материнству.

Методы и материалы: Был проведен опрос среди студенток Башкирского государственного медицинского университета по следующим вопросам:

1. Как вы относитесь к суррогатному материнству?
2. Смогли бы вы выносить ребенка за деньги?
3. А если бы сами были бы бесплодны, стали бы прибегать к услугам суррогатной матери?
4. Как вы оцениваете, с точки зрения морали, это приемлемо?
5. Смогли бы вы стать донором яйцеклетки?

В опросе приняли участие 81 представительница женского пола.

Результаты и обсуждение: На вопрос как вы относитесь к суррогатному материнству большинство женщин ответили, что относятся положительно.

Только 4% из опрашиваемых согласились бы выносить ребенка для другой семьи.

Большинство из опрашиваемых не прибегнули бы к услугам суррогатной матери, часть респондентов сказали, что лучше бы взяли ребенка из детского дома.

С точки зрения морали, это приемлемо для 56% респондентов. Донорами яйцеклетки смогли бы стать 37 % опрашиваемых.

Заключение и выводы:

Таким образом, суррогатное материнство — вспомогательная репродуктивная технология, которая законодательно разрешена в РФ, при применении которой женщина добровольно соглашается выносить и родить биологически чужого ребёнка, который будет затем отдан на воспитание другим лицам (с её согласия) — генетическим родителям. Они и будут юридически считаться родителями данного ребёнка.

В России законодательное разрешение суррогатного материнства вполне оправдано, так как большинство людей относится к суррогатному материнству положительно.

Литература

1. Агеева Н. А. Биоэтическое измерение проблем жизни и смерти человека в условиях инновационного общества //Современные научные исследования и инновации. – 2014. – Т. 9.

2. Григорович Е. В. Суррогатное материнство: за и против //Юрист. – 1999. – №. 4. – С. 22-25.
3. Майфат А. В. Суррогатное материнство» и иные формы репродуктивной деятельности в новом Семейном кодексе РФ //Юридический мир. – 2000. – №. 2. – С. 19-33.
4. Сорокина Т. С. История медицины. – М, 1994. – Т. 29.

УДК 009

А.А. Кагирова

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ В РОССИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Кафедра педагогики и психологии

Резюме. Ежегодно в России около 9000 человек нуждается в трансплантации жизненно важных органов. Однако проводится лишь 1400 операций. Поэтому проблема изъятия органов от трупа остается одной из наиболее острых. В данной статье изложены этические аспекты пересадки, также положительные и отрицательные стороны изъятия органов в России.

Ключевые слова: трансплантация, донор, презумпция согласия, реципиент.

A.A. Kagirova

ORGAN TRANSPLANTATION IN RUSSIA

Department of pedagogy and psychology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. Annually in Russia about 9000 people need transplantation vitals. However only 1400 operations are performed. Therefore the problem of a removal of organs from a corpse remains to one of the sharpest. In this article ethical aspects of change, also positive and negative sides of a removal of organs in Russia are stated.

Keywords: transplantation, donor, consent presumption, recipient.

Актуальность: Изучения этических проблем пересадки органов в клинической практике обусловлена тем, что в каждом случае она связана с решением сразу двух людей — донора — человека, который может отдать свои органы или ткани для пересадки — и реципиента — лица, нуждающегося в такой пересадке.

Цель исследования: показать основные биоэтические проблемы трансплантологии.

Трансплантация (от лат. *transplantare* – пересаживать) – процесс замены поврежденных или утраченных органов путем пересадки таких же органов, взятых из здоровых организмов того же вида.

Началом развития трансплантологии как направления практической медицины считается 1954 г., когда американскими хирургами была произведена пересадка почки. В нашей стране такая операция впервые была успешно произведена в 1965 г. академиком А.В. Петровским.

Проблема забора органов и(или) тканей у донора рассматривается в зависимости от того, является ли донор живым или мертвым человеком.

Пересадка органа от живого донора сопряжена с причинением вреда его здоровью. В трансплантологии соблюдение этического принципа «не навреди» в случаях, когда донором является живой человек, оказывается практически невозможным. Врач оказывается перед противоречием между моральными принципами «не навреди» и «твори благо». С одной стороны, пересадка органа (например, почки) – это спасение жизни человеку (реципиенту), т.е. является благом для него. С другой стороны, здоровью живого донора данного органа причиняется значительный вред, т.е. нарушается принцип «не навреди», причиняется зло. Поэтому, в случаях живого донорства речь всегда идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, и всегда действует правило: получаемая польза должна превышать причиняемый вред.

В Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине (1996 г.) сказано, что «изъятие у живого донора органов и тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента и при условии отсутствия пригодного органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности проведения альтернативного лечения с сопоставимой эффективностью».[5] В Конвенции подчеркивается обязательность получения информированного добровольного согласия и запрещается изъятие любых органов или тканей у человека, не способного дать это согласие.

По российскому законодательству в качестве живого донора может выступать только родственник реципиента и обязательным условием, как для донора, так и для реципиента является добровольное информированное согласие на проведение трансплантации.

Самый распространенный в настоящее время вид донорства – это изъятие органов и (или) тканей у мертвого человека. Данный вид донорства связан с рядом этико-правовых и религиозных проблем, среди которых наиболее важными являются: проблема констатации смерти человека, проблема добровольного волеизъявления о пожертвовании собственных органов после смерти для трансплантации, допустимость использования тела человека в качестве источника органов и тканей для трансплантации с позиций религии.

Девиз современной трансплантологии: «Уходя из этой жизни, не забирай с собой органы. Они нужны нам здесь». Однако, при жизни люди редко оставляют распоряжения об использовании своих органов для трансплантации после своей смерти. Это связано, с одной стороны, с действующими в конкретной стране правовыми нормами забора донорских органов, с другой стороны – с субъективными причинами этического, религиозного, морально-психологического характера.

В Российской Федерации действует специальный закон от 22 декабря 1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в редакции от 20 июня 2000 № 91-ФЗ).

В этом законе определяются условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека на основе современных достижений науки и медицинской практики, а также с учетом рекомендаций ВОЗ.

Данным законом трансплантация органов и(или) тканей человека признается средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан, которое должно использоваться в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом и действующим законодательством. В статье 1 сказано: «Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья. Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью, по заключению консилиума врачей-специалистов, не будет причинен значительный вред» [1].

В основу закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» положен принцип презумпции согласия. Статья 8 посвящена обоснованию презумпции согласия: «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и(или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту». Таким образом, принцип презумпции согласия допускает изъятие тканей и органов у трупа, если умерший человек, или его родственники, не выразили на это своего несогласия. Однако одновременно в России действует и закон «О погребении и похоронном деле», принятый 4-мя годами позже. В нем утверждается противоположный принцип, чем в Законе «О трансплантации». В ст. 5 Закона РФ «О погребении и похоронном деле» говорится, что в случае отсутствия волеизъявления, умершего право на разрешение изъятие органов и (или) тканей из его тела имеют родственники. Т.е. согласно ст. 5 Закона РФ «О погребении и похоронном деле», в случае отсутствия волеизъявления умершего врач обязан получить согласие у родственников. Существующее противоречие, создает ситуацию, когда вопрос о том, спрашивать разрешение на изъятие у родственников или нет, зависит лишь от убеждений врача. Он может действовать и по закону «О трансплантации» и по закону «О погребении». С 2002 года по настоящее время в Госдуме находится на рассмотрении проект закона «Об устранении противоречий между ст.8 закона «О трансплантации» и ст. 5 закона «О погребении и похоронном деле»». Тем не менее, на сегодняшний день противоречие не устранено и продолжает сохраняться. Почему же возникает данное противоречие? В значительной степени это связано с тем, что

принцип «презумпции согласия» имеет не только положительные, но и отрицательные стороны. Каковы же они?

Важнейшим условием для реализации права человека или его родственников на отказ от изъятия органов, является полная информированность населения о сути этого права и о механизмах фиксации своего отказа [2]. Однако на сегодняшний день большинство населения не знает, что по закону «О трансплантологии» все россияне согласны быть донорами, и врач не обязан спрашивать согласия у родственников умершего. Большинство населения не знает механизм оформления прижизненного отказа. Специалист по биоэтике П. Д. Тищенко отмечает то обстоятельство, что механизм отказа разъяснен лишь в ведомственной инструкции Минздрава, что является существенным нарушением прав граждан [2]. Данная модель фактически нарушает принцип добровольного информированного согласия, не создает условий для соблюдения права личности на определение судьбы своего физического тела. По мнению д.м.н. профессора А.В. Недоступа при ныне существующем принципе и «и нашем буйном криминалитете никто не может дать гарантии» безопасности человеку [7].

Отрицательной стороной, по мнению профессора И. В. Силуяновой, является то, что принцип презумпции согласия вынуждает врача совершать, по сути, насильственное действие, т. к. действие с человеком или его собственностью без его согласия квалифицируется в этике как «насилие».

Именно поэтому многие исследователи, а также ряд религиозных конфессий, в том числе и Русская Православная Церковь (в «Основах социальной концепции») оценивают ныне действующий закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей», основу которого составляет принцип презумпции согласия, как этически некорректный. Положительной стороной «презумпции согласия» является то, что этот принцип формирует источник большего количества органов для трансплантации. Это происходит за счет того, что органы изымаются у тех, кто не выразил никакого мнения по этому поводу. Для врачей существенно облегчается процедура получения органов, им не нужно получать согласие от родных.

Таким образом, трансплантация в современной медицине является неотъемлемой частью, и это уже не изменить, остается лишь вопрос как к этому относиться. Принимать жизнь такой, какая она есть и быть уверенным в том, что смерть - части жизни, и совершенно бессмысленно её отсрочивать, или отдать себя в руки врачам и надеяться на то, что благодаря их профессионализму ты проживешь как можно дольше и когда-нибудь твои органы или ткани помогут продлить жизнь кому-то ещё.

Литература

1. Биомедицинская этика. Под. ред. В.И. Покровского, М.: «Медицина Издательство (Татарстан)» 2001 г.
2. Введение в биоэтику. Ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко. М.1998.
4. Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22.12.92 № 4180-1.
5. Конвенция по правам человека <http://mognovse.ru/htw-konvenciya-o-pravah-cheloveka-i-biomedicine.html>
6. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XII Проблемы биоэтики.//Информационный бюллетень ОВЦС Московского патриархата,- 2000,- №8 авг., с. 73-85.
7. Хлуденцов А. Российский врач – это подвижник/Православная Москва, - № 10 (220) май, - 2000,- с. 8-9.

УДК 616-052

Е.С.Кайгородова, Т.М.Ильясова, Е.Е.Липатова

**ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ – ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ**

Кафедра педагогики и психологии с курсом ИПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Резюме. Проблема приверженности пациента к назначениям и рекомендациям врача в ходе лечебных и профилактических мероприятий остается в наши дни актуальной и требует серьезного отношения в любой отрасли медицины. Шкала Мориски-Грин – объективная клинично-психологическая тестовая методика для предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных.

Ключевые слова: комплаентность, врач, пациент, Шкала Мориски-Грин, информированность пациента.

E.S.Kaygorodova, T.M.Ilyasova, E.E.Lipatova

HIGH COMPLIANCE – THE KEY TO EFFECTIVE TREATMENT

The Department of Pedagogy and Psychology Course-IPO

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Summary. The problem of patient adherence to appointments and doctor's recommendations during treatment and preventive measures remains relevant today and requires a serious relationship at any branch of medicine. Scale Moriscos Green - objective clinico-psychological test method for preliminary assessment of compliance and screening to identify patients with inadequate compliance.

Keywords: compliance, physician, patient, scale Moriscos Green, patient awareness

Актуальность. Проблема приверженности пациентов терапии существует ещё со времен Гиппократ, актуальна эта проблема и в наши дни. Эффективность терапии во многом зависит от приверженности больного к лечению. Нередко ухудшение состояния пациента наступает именно из-за несоблюдения врачебных рекомендаций [2]. Строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций возможно только в клиниках психиатрического, туберкулезного профилей, где осуществляется сестринский контроль проводимой терапии [1]. В обычных условиях комплаентность варьирует в широких пределах - от 25 до 75% . Ежегодно из-за последствий низкой комплаентности, по данным американских медиков, погибают 125 000 пациентов с различными заболеваниями. Около

10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением назначений лечащего врача [2]. Каждый пациент в той или иной мере нарушает рекомендации лечащего врача: принимает препараты нерегулярно или периодически забывают принимать отдельные дозы препарата. Комплаентность является следствием контакта врача и пациента и включает следующие элементы: прием всех назначенных врачом препаратов в правильной дозе в установленное время. Согласно О. М. Лесняку (2003) есть пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента. Самая разумная модель - совещательная, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность врача и пациента. Без активного участия пациента и персональной ответственности за собственное здоровье трудно добиться успехов в лечении.

Для достижения комплаентности важно четко обозначить цель и задачи терапии, создать план лечения, информировать пациента и адекватно излагать необходимую больному информацию с учетом образовательного ценза и уровня сложности материала, сформировать у пациента позитивную мотивацию на приверженность лечению [4]. Обсуждать с пациентом возможные побочные эффекты от назначенных ему препаратов. Если пропуски в приеме препаратов связаны с «забывчивостью» можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня; использовать специальные таблетницы для лекарств, что позволит принимать несколько препаратов по схеме. По данным статистики в 30% случаях уровень комплаентности увеличивается в процессе лечения [3]. Для предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных существует клинико-психологическая тестовая методика - шкала Мориски-Грин, созданная Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. в 1985 году [6].

Цель исследования - оценить комплаентность и выявить недостаточно комплаентных пациентов среди больных терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы исследования: с помощью Шкалы Мориски-Грин было проведено анкетирование 60 больных, находящихся на стационарном лечении в 1-ом и 2-ом терапевтических отделениях Клиники БГМУ.

Шкала Мориски-Грин состоит из четырёх пунктов:

- 1) забывали ли вы когда-либо принять препараты?
- 2) не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?
- 3) не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

4) если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Каждый пункт оценивается по принципу "Да-Нет". Ответ "Да" оценивается в 0 баллов, ответ "Нет" - в 1 балл. Комплаентными считаются больные, набравшие 4 балла. Пациенты, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными, набравшие 2 и менее баллов - неприверженными к лечению.

Из опрошенных больных - женщины составили 34 чел. (56,7%), мужчины - 26 чел. (43,3%) (рис.1).

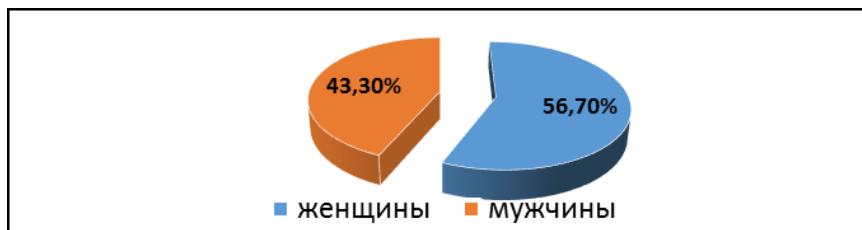


Рисунок 1. Распределение пациентов по полу

Возрастные группы распределились следующим образом (рис.2): до 40 лет - 4 чел. (6,7%), 41-60 лет - 8 чел. (13,3%), 61-80 лет - 44 чел. (73,3%), >80 лет - 4 чел. (6,7%).

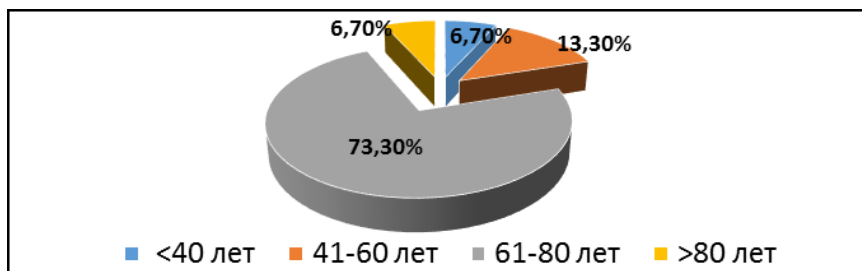


Рисунок 2. Распределение пациентов по возрасту

Из представленных данных следует, что большую часть больных (73,3%) в терапевтическом отделении составили пациенты в возрасте от 61 года до 80 лет.

Результаты и обсуждение. При оценке комплаентности мы видим, что значительная часть больных является неприверженными (43,3%) и недостаточно приверженными к терапии (46,7%) (рис.3).

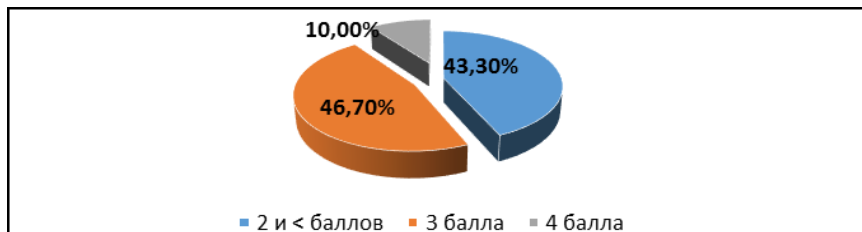


Рисунок 3. Оценка комплаентности

При сопоставлении возраста и комплаентности - отчётливо видно, что с возрастом приверженность к лечению снижается (рис.4).

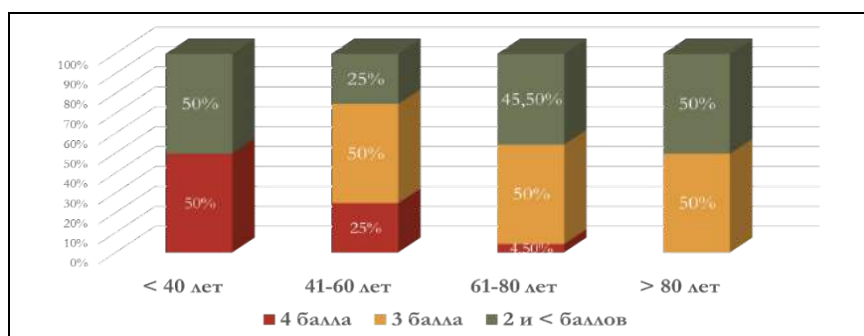


Рисунок 4. Зависимость комплаентности от возраста

Анализируя приверженность к лечению в гендерных группах (рис.5), обращает на себя внимание, что комплаентность среди мужчин (18,2%) выше, чем у женщин (5,3%).

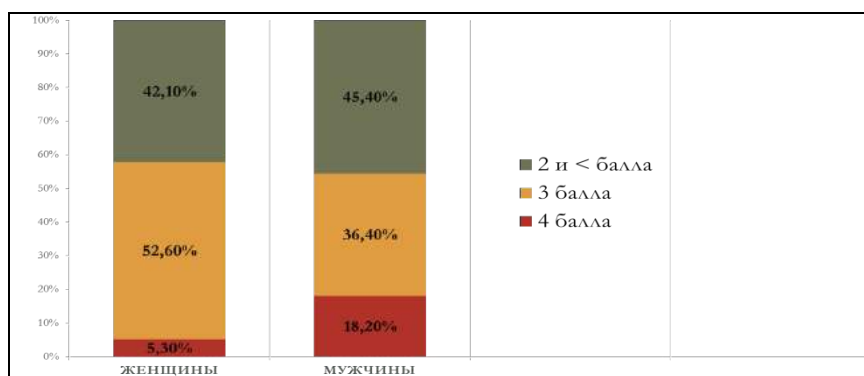


Рисунок 5. Зависимость комплаентности от пола

Выводы.

1. Большую часть больных (73,3%), в терапевтическом отделении составили пациенты в возрасте от 61 года до 80 лет.
2. Значительная часть больных являются неприверженными (43,3%) и недостаточно приверженными к терапии (46,7%).
3. Комплаентность среди мужчин (18,2%) выше, чем у женщин (5,3%).
4. С возрастом приверженность к лечению снижается (50%-25%-4,5%-0).

Таким образом, комплаентность играет важную роль в успешности терапии, а качественное взаимодействие врача и пациента, врачебная компетентность являются залогом хорошего результата лечения [5]. Шкала Мориски-Грин может использоваться в программе стандартного медицинского обследования людей с хроническими заболеваниями для выделения контингента, нуждающихся в дополнительном внимании, как недостаточно приверженных к лечению.

Рисунок 1. Распределение пациентов по полу



Рисунок 2. Распределение пациентов по возрасту

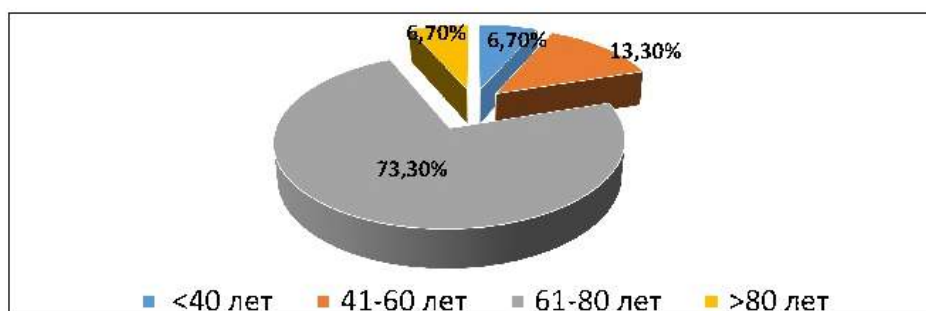
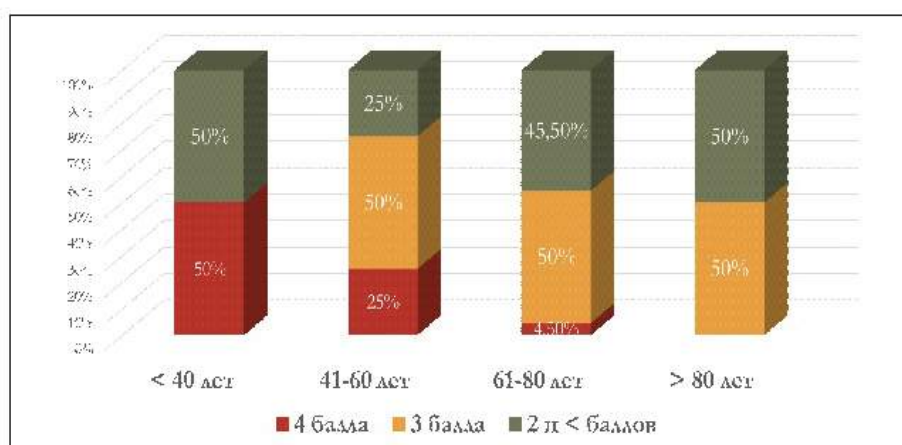


Рисунок 3. Оценка комплаентности



Рисунок 4. Зависимость комплаентности от возраста



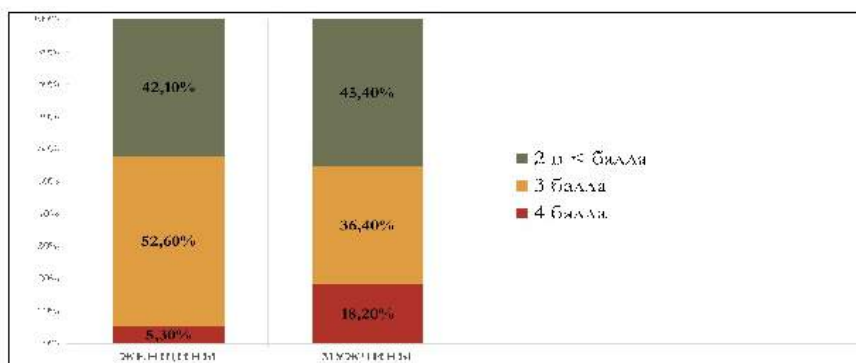


Рисунок 5. Зависимость комплаентности от пола

Литература

1. Банщиков Ф.Р. Комплаентность в психиатрии: реальность и перспективы. Consilium Medicum 2006; том 3, N4.
2. Баова А.Б., Суворина О.В., Фахрудинова Э.Р. Комплаентность как залог эффективности лечения // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 5, Issue 12, 2016, pp. 1541-1541
3. Гришечкина Н.В., Фахрудинова Э.Р. Модель взаимодействия врача и пациента как фактор формирования комплаентности// Социология медицины – реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2013. – С. 183-188.
4. Фахрудинова Э.Р., Чижова К.Е., Чижова М.Е. Междисциплинарное изучение модели врач-пациент // Омский научный вестник. 2014- №2 (126). С. 162-166.
5. Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Скачкова О.Н. Взаимоотношения врача и пациента фактор, определяющий комплаентность // Социология медицины. 2009.- №1. С. 20.
6. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med Care. 1986. №24. S.67—73.

УДК 159.923.2

М.Н. Кирякова

ИНТЕРЕС БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ К ТАТУ И ПИРСИНГУ

Башкирский Государственный Медицинский Университет (Уфа, Россия)

Резюме. В ходе работы было изучено мнение студентов медицинского университета о татуировках и пирсинге.

Ключевые слова. Татуировка, пирсинг, будущие врачи.

M.N. Kiryakova

THE INTEREST OF FUTURE DOCTORS TO TATTOO AND PIERCING

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Resume. During the work it was studied the opinion of medical University students about tattoos and piercings.

Keyword. Tattoo, piercing, future doctors.

Актуальность исследования: В современной жизни стало модным делать пирсинги и татуировки, особенно это практика получила распространение среди молодежи, которая таким способом пытается выделиться из толпы или "быть в тренде".

Как бы стильно и модно не выглядели татуировка и пирсинг на теле человека, не стоит забывать об их негативных последствиях. Татуировка наносится на тело не на короткий промежуток времени, а навсегда. Следует помнить о том, что если тату вам надоест или поменяется образ жизни или статус, то удалить её будет не просто. После удаления рисунка, на теле может остаться шрам, что вряд ли послужит украшением. С медицинской точки зрения, так как кожный барьер поражен, возникает риск занесения инфекции в организм, могут возникать аллергические реакции. Если вы попали к недобросовестному мастеру, он не использует одноразовую иглу, возникает риск заразиться через кровь гепатитом С, СПИДом, ВИЧ. Все эти негативные последствия наносят огромный вред здоровью человека, а ведь здоровье - одно из условий достижения успеха в любой деятельности.

Поэтому тема татуировок и пирсинга становится актуальной среди молодежи.

Цель работы: изучить мнение студентов медицинского университета о татуировках и пирсинге.

Методами нашего исследования стали теоретический анализ литературных источников, анкетирование студентов, анализ данных.

База исследования: Студенты 2 курса педиатрического факультета Башкирского государственного медицинского университета. Всего было 40 человек.

Результаты и обсуждения:

Татуировка (тату́, в просторечии — наколо́к) — процесс нанесения перманентного (стойкого) рисунка на тело, методом местного травмирования кожного покрова с внесением в подкожную клетчатку красящего пигмента;

Татуировка известна с древних времен. Она несла в себе важную информацию о человеке – принадлежность к племени, положение в обществе. В некоторых культурах в разное время, например, в средневековье в Европе, татуировка считалась непозволительной. А сейчас татуировка является одним из видов изобразительного искусства. С изобретением электрической тату-машинки татуировка стала доступной многим, практически на каждом шагу есть тату-салоны, предлагающие обзавестись «татушкой» Хотя процесс этот не столь приятный. Тогда для чего же многие решаются на этот шаг? С какой целью?

Технически, процедура нанесения татуировки заключается во введении красящих веществ под кожу.

Так в первобытном обществе татуировка могла наноситься с помощью выцарапывания и выбивания рисунка с помощью костей животных, чешуи и костей рыб, ракушек и заострённых камней и палок, с последующим засыпанием внутрь раны угля и других красящих веществ.

В современных тату-студиях для нанесения татуировки используются профессиональные тату-машинки со сменными иглами и высококачественные пигменты. Во время татуирования кончики игл возвратно-поступательными движениями входят в кожу на глубину в пределах одного миллиметра, оставляя пигменты в подкожном слое, после чего краска абсорбируется клетками-макрофагами и остаётся на долгие годы. Кроме этого существует огромное количество технических нюансов и тонкостей, которые обязан знать и уметь профессиональный тату-мастер, в противном случае возможны негативные последствия для здоровья. [2]

Пирсинг (англ. piercing — «прокол») — одна из форм модификаций тела, создание прокола, в котором носят украшения.

Процедура пирсинга занимает буквально несколько секунд – необходимо лишь сделать прокол кожи в заранее определенном месте. А вот стадия подготовки занимает гораздо больше времени, сил и ресурсов. Существует несколько обязательных условий для организации всех санитарно-гигиенических условий: использование одноразовых перчаток,

стерильных игл для каждого клиента, чтобы избежать переноса загрязнений; проведение всех процедур по очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования и украшений в специальных высокотемпературных автоклавах, что избавит от различных болезнетворных бактерий – такой пирсинг еще называют медицинским; обработка места, в котором будет делаться прокол, для максимальной дезинфекции и отметка точки; специальной иглой делается прокол, игла снабжена колпачком, который остается в отверстии, растягивая его – в него вставляется украшение, после чего колпачок снимется, оставляя серьгу на положенном ей месте; обработка ранки специальными средствами.

Большинство молодежи относится к новому модному течению более чем положительно, не задумываясь над тем: «А нужно ли все это?»

Для анкетирования мы использовали авторскую анкету. Она состоит из 13 вопросов, которые предлагаются в письменном виде.

Таблица 1.

Ответы на вопросы анкеты «Тату и пирсинг»		
Вопрос	Варианты ответа	Процент ответов
У вас есть татуировка?	а) да	5%
	б) нет	95%
Есть ли татуировки у ваших родных или друзей?	а) да	57,5%
	б) нет	42,5%
Хотели бы Вы сделать себе татуировку?	а) да	55%
	б) нет	45%
Какую именно Вы бы хотели татуировку?	а) надпись	15%
	б) изображение какого-либо животного	15%
	в) неважно какая тату, главное что бы была	2,5%
	г) свой вариант	20%
	д) не хочу татуировку	47,5%
Сколько татуировок Вы хотели бы иметь?	а) 1-2	40%
	б) не больше 5	10%
	в) чем больше, тем лучше	5%
	г) несколько	45%
Вы не боитесь, что она вам надоест? Этот	а) нет, не боюсь - 17 чел	77,3%

вопрос для тех, у кого есть тату и для тех, кто хочет её сделать	б) да, боюсь - 5 чел	22,7%
Как Вы думаете, этично врачу иметь татуировку?	а) да	17,5%
	б) нет	22,5%
	в) мне все равно;	17,5%
	г) да, если она не видна для пациента	42,5%
Если Вы заметите у врача пирсинг или татуировку, изменится ли ваше отношение к нему?	а) не обращаю внимания	47,5%
	б) рассмотрю	25%
	в) появится негатив к этому врачу	5%
	г) затрудняюсь ответить	17,5%
Как Вы думаете, татуировка может стать препятствием для врача при приёме на работу?	а) да	40%
	б) нет	40%
	в) мне все равно, у меня нет тату и не собираюсь её делать	20%
Какие негативные последствия тату Вы знаете?		
У вас есть пирсинг?	а) да	5%
	б) нет	95%
Есть ли пирсинг у ваших родных или друзей?	а) да	20%
	б) нет	80%
Хотели бы Вы сделать себе пирсинг?	а) да	7,5%
	б) нет	92,5%

По итогам анкетирования мы сделали следующий вывод (таблица 1): Из всех опрошенных только 5% имеют татуировку, но хотят её сделать - 55% опрошенных. 20% респондентов ответили "свой вариант" на вопрос: "Какую именно вы бы хотели татуировку?", по 15% - варианты - надпись и изображение какого-либо животного. 40% опрошенных хотят сделать себе 1-2 татуировки.

Тем, у кого уже есть татуировка или только хотят её сделать, мы задали вопрос: "Вы не боитесь, что она вам надоест?". Из 22 человек - 77,3 % ответили, что не боятся и 22,7 - боятся, что тату может надоесть.

42,5% респондентов считают, что врачу этично иметь татуировку, если она не видна для пациента, 22,5% считают, что не этично и 17,5% опрошенных выбрали ответ - мне все равно.

Следующий вопрос "Если вы заметите у врача пирсинг или татуировку, измениться ли ваше отношение к нему?". 47,5% - не обращаю внимания; 25% - рассмотрю, 5% - появится негатив к этому врачу, 17,5% - затрудняюсь ответить.

40% респондентов считают, что татуировка для врача является препятствием для приема на работу, 40% - не считают препятствием, и 20% ответили - мне все равно, у меня нет тату и не собираюсь её делать.

Все 40 респондентов, знают какие негативные последствия у тату бывают.

95% респондентов не имеют пирсинг, У 20% опрошенных родственники или друзья имеют пирсинг.

7,5 % - хотят сделать себе пирсинг, 92,5% - не хотят сделать пирсинг.

Выводы и заключение: Пирсинг и татуировки имеют давнюю и богатую историю. Но следует отметить, что раньше они несли определенный смысл, а сегодня нанесение татуировок и пирсинга - это дань моде, а для некоторых это способ выделиться, быть не таким как все. Мы, будущие врачи, должны понимать и ответственно относиться к своему здоровью, так как нам нужно будет лечить людей, тратить свою энергию на восстановление здоровья других людей. Ведь нанося татуировку, мы подвергаем свое здоровье опасности, нарушаем целостность своей кожи. У кожи человека очень много функций, это и защитная, терморегуляционная, секреторная, экскреторная, рецепторная, дыхательная, резорбционная, но нет такой функции, как основа для украшений. [1] Многие считают, что татуировка - способ самовыражения, но так ли это на самом деле? Неужели картинка на теле может как то помочь выделиться из своего окружения, самовыразиться, привлечь к себе внимание? Если у человека действительно богатый внутренний мир, то об этом он может заявить своими поступками, например, делать добрые дела, быть честным, заботиться о своей семье и друзьях, приносить пользу окружающим людям и обществу, в котором он живет.

Литература

1. Быков В.Л. Глава 4. Кожа и её производные // Частная гистология человека. — СПб.: Сотис, 2001. — С. 56—70. — 304 с. — 3000 экз
2. Искусство татуировки. Практическое руководство. Серия: Секреты красоты. — М.: Изд-во Ниола 21 век, 2003. — 96

3. Энциклопедия татуировок, пирсинга и шрамирования. – М.: Изд-во Медиа, 2006. – 1000.

УДК 297.18:371(091)(470.57) ИЛИ 316.334:37

Д.А. Ковальчук, Р.Ф. Минигареев

**САМОРЕАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЁЖИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ
ОБЩЕСТВЕ**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данном исследовании рассматриваются понятия «масса» и «массовое сознание», проводится анализ состояния массового сознания среди студентов и уровня их конформности и субъективного контроля.

Ключевые слова: масса, массовое сознание, субъективный контроль, конформность, самореализация.

D.A. Kovalchuk, R.R. Minigareev

SELF-REALIZATION OF YOUTH IN MODERN RUSSIAN SOCIETY

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: In this research the concepts «mass» and «mass consciousness» are considered, the analysis of a condition of mass consciousness among students and the level of their conformality and subjective control is carried out.

Keywords: mass, mass consciousness, subjective control, conformality, self-realization.

Актуальность исследования: Самореализация студенческой молодёжи - одна из важнейших проблем, решение которой напрямую связано с определением жизненного пути молодых людей и их приоритетов, в целом. На постсоветском пространстве она выступает наиболее динамичной, восприимчивой к внешним воздействиям социальной группой, которая легче других возрастных и социально-демографических групп адаптируется к качественно новым обстоятельствам. В ситуации интенсификации межкультурных коммуникаций она усваивает новые культурные образцы и стереотипы поведения, а также новые ценности, относящиеся к сфере образования, морали, человеческих взаимоотношений и т.д. В связи с этим проявляемая разнонаправленность моделей поведения в молодежной среде требует осуществления глубокого, аналитического исследования лежащих в ее основе базовых ценностей, ориентации, стратегий самореализации.

Цель работы: Рассмотреть понятия «масса» и «массовое сознание», проанализировать состояние массового сознания среди студентов ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России и выявить уровень их конформности и субъективного контроля.

Материалы и методы: Анкетирование (использована методика американского психолога Дж. Роттера – опросник, определяющий уровень субъективного контроля), анализ.

База исследования: ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Результаты и обсуждение: В последние годы термины «масса» и «массовое сознание» получили широкое хождение в публицистике. В западной литературе существует несколько различных интерпретаций понятия «масса»: в одних случаях это «недифференцированное множество», гетерогенная аудитория средств массовой коммуникации, противостоящая классам и другим гомогенным сегментам общества; в других – «суждение некомпетентных», низкое качество современной цивилизации, являющееся результатом ослабления руководящих позиций просвещенной элиты. Или – «толпа», общество, характеризующееся отсутствием различий, однообразием, бесцельностью, отчуждением [5]. В массовом поведении, безусловно, сказывается определяющая роль массового сознания, которое понимается как отражение материальных условий жизни, труда и отношений. При этом массовое сознание рассматривается стержнем всех отмеченных компонентов и имеет ряд особенностей: проявляется индивидуальном, групповом и целостном, играет активную преобразующую роль в поведении и отношениях [2]. Существует особая разновидность, которую в строгом смысле слова нельзя назвать «группой». Это кратковременные объединения большого числа лиц, часто с различными интересами, членами их являются представители разных больших организованных групп: классов, профессий, возрастов и т.д. [8].

Знание социально-психологических характеристик малых групп, действующих в ней закономерностей помогает ориентироваться в обстановке рядовому её члену[7], Поэтому важно знать свой тип субъективного мышления и уметь это использовать. Для этого исследования нами выдвинута гипотеза о том, с возрастом уровень субъективного контроля возрастает и как следствие, снижается уровень конформности; и было проведено анкетирование в нескольких группах старшекурсников и первокурсников различных факультетов (всего приняло участие 180 человек). К непосредственному анализу данных было выбрано 96 человек. Для анализа данных было использовано бесплатное программное обеспечение Libreoffice Calc некоммерческой организации The Document Foundation.

Склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним обстоятельствам или же, наоборот, собственным усилиям и способностям специалисты называют локализацией контроля или локусом контроля (от лат. locus – место и фр. controle – проверка). Этот параметр рассматривается как особый и фундаментальный тип

обобщенных ожиданий, – степень понимания человеком причинных взаимосвязей между собственным поведением и достижением желаемого. Существует два крайних типа локуса контроля: интернальный и экстернальный. Людей с внешним локусом контроля, склонных объяснять последствия своих поступков влиянием обстоятельств, принято называть экстерналами, поскольку ответственность за свою деятельность они приписывают исключительно внешним условиям. Противоположный тип — интерналы. Люди этого типа считают ответственными за результаты своей деятельности только самих себя[4]. И, как видим из диаграммы, в результате нашего исследования среди студентов преобладает уровень экстернального контроля(см. Рис.1).

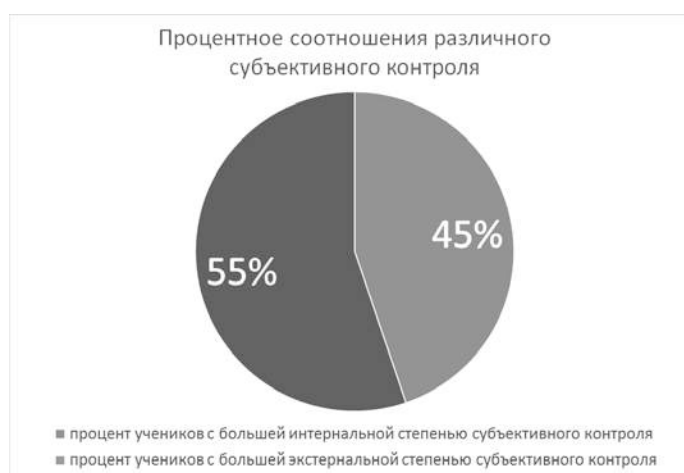


Рис.1. Процентное соотношение различного субъективного контроля

Количество студентов по возрастам и субъективному контролю можно увидеть в таблице, где «ин» – интернальный уровень субъективного контроля, «эк» – экстернальный (см. Рис.2).

возраст	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
ин	3	5	10	9	3	5	1	1	2	2	2
эк	2	14	11	9	4	6	2	2	0	0	3

Рис.2. Количество студентов по возрастам и субъективному контролю

Наша гипотеза не подтвердилась, но мы обнаружили, что соотношение локус контроля наиболее различно у студентов 1 и 6 курсов. У первокурсников, по нашим данным, преобладает интернальный локус контроля, в то время как у выпускников экстернальный. Со 2 по 4 курсы прослеживается одинаковое соотношение типов субъективного контроля. Это хорошо видно на диаграмме (см. Рис.3).

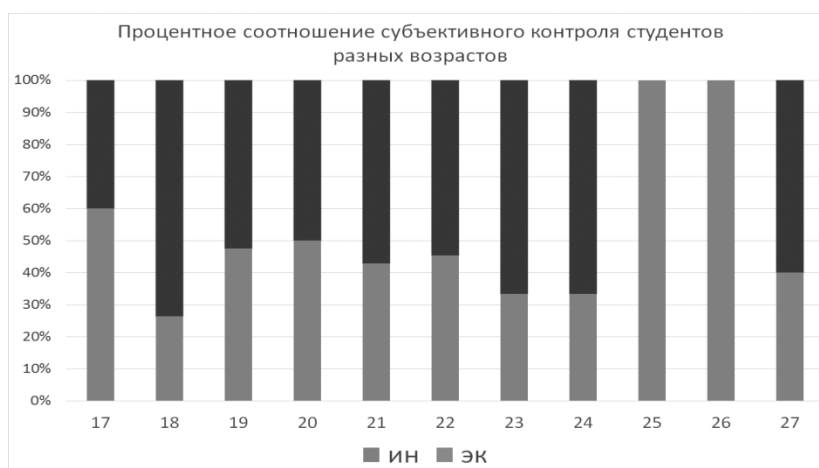
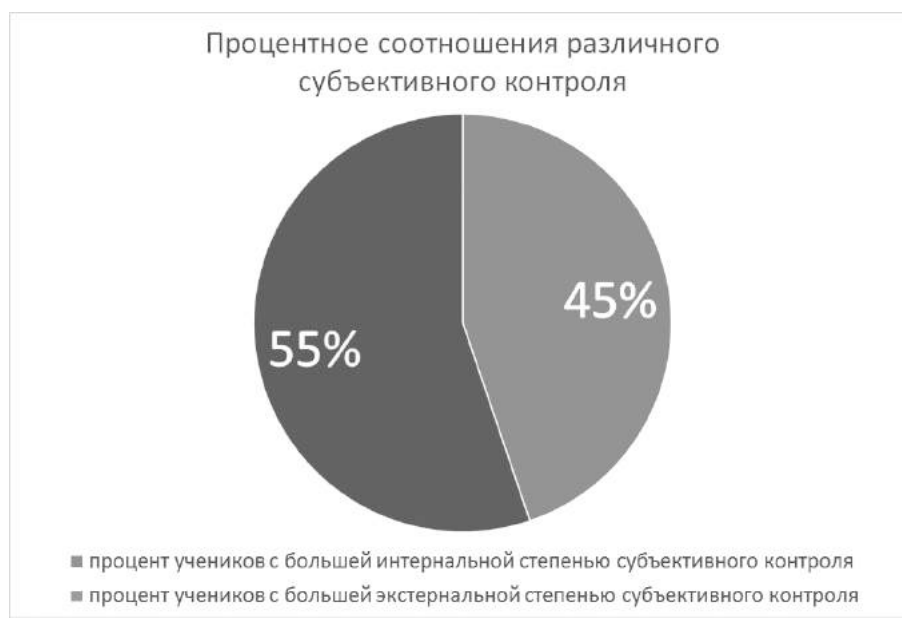


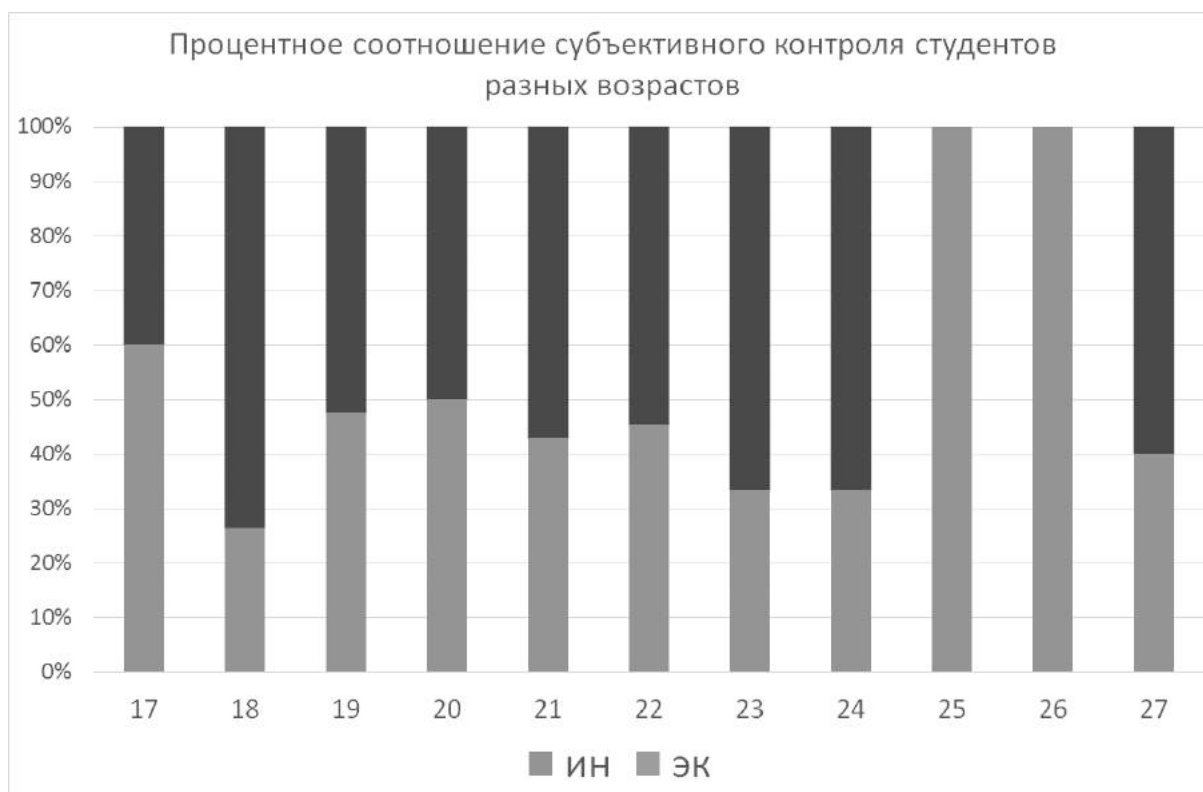
Рис.3 Соотношение субъективного контроля студентов разных возрастов

Таким образом, мы можем заметить, что попадая в толпу, любой индивид вынужденно (бессознательно) меняет свои привычки, желания, наклонности, становясь частью толпы. Появление новых черт, характерных для толпы, и притом не встречающихся у отдельных индивидов, входящих в ее состав, обуславливается различными причинами. Первая из них заключается в том, что индивид в толпе приобретает, благодаря только численности, сознание непреодолимой силы, и это сознание позволяет ему поддаваться таким инстинктам, которым он никогда не дает волю, когда бывает один[1]. В толпе же, человек менее склонен обуздывать эти инстинкты, потому что толпа анонимна и не несет на себе ответственности. Чувство ответственности, сдерживающее всегда отдельных индивидов, совершенно исчезает в толпе.

Вывод: Наша гипотеза не подтвердилась, исходя из того, что результаты теста показали нам увеличение интернальности студентов в последние годы обучения. Это связано с тем, что взрослея, человек с каждым разом все больше и больше воспринимает мнение других, старается более качественно анализировать всю поступающую информацию. Особенно развивается умение слушать, больше замечать окружающих. В результате проведенного исследования, можно сказать, что у студентов старших курсов - тип субъективного контроля



экстернальный и, как следствие, чуть выше уровень конформности, нежели студентов первых курсов.



Литература

1. Андреева, Г.М. Социальная психология. - М: Аспект Пресс, 1999.
2. Задорин, А.В. Массовое сознание молодежи и демографический кризис: характеристика ценностных ориентаций молодежи. – Красноярск, 2012.
3. Зуева, С. П. Самореализация человека в профессиональной деятельности // Концепт. – 2013.– № 02 (февраль).
4. Корнилова, А.А. К вопросу изучения экстернальности-интернальности у современных студентов // Психология, социология и педагогика. -2012. -№ 5.
5. Лебон Гюстав Психология народов и масс. /Пер. с фр.; Предисл. И. Владимировой. – М.: ТЕРРА – Книжный клуб, 2008.
6. Столин, В.В. Самосознание личности. -М., 1983.
7. Социология управления / Т.М. Полушкина, Е.Г. Коваленко, О.Ю. Якимова. – М: Издательский дом «Академия Естествознания», 2013.
8. Шрамко, Н.В. Условия самореализации личности в образовательной среде вуза // Педагогическое образование в России. -2011. -№ 4.

УДК 174:616-036.8(04)

А.С. Крайняя

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВТАНАЗИИ.

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В работе приведены общие сведения об эвтаназии, рассмотрены как позиции российского и международного права, так и религиозные взгляды. История образования хосписов. Риторика темы.

Ключевые слова: Эвтаназия, религия, право, хоспис, качество жизни и смерти.

Kraynyaya A.S.

ETHICAL ASPECTS OF EUTHANASIA.

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The paper presents an overview of euthanasia, considered as the position of the Russian and international law, and religious beliefs. History of hospice education. Rhetoric issues.

Keywords: euthanasia, religion, law, hospice, hospice history, quality of life and death.

Актуальность: Эвтаназия - от греческих слов "eu" – хорошо, благо и "thanatos" - смерть. Впервые этот термин использовал Фрэнсис Бэкон в 16 веке.[1] Эвтаназия – прекращение жизнедеятельности человека, болеющего смертельными заболеваниями, и испытывающего невыносимые боли. Различают активную и пассивную формы; при первой - лечащий врач или родственники посредством введения медицинских препаратов безболезненно помогают уйти из жизни, при второй - намеренно не продолжают терапию или отключают аппараты, поддерживающие жизненные показатели пациента (такая смерть приближена к естественной). Понятие уходит корнями во всемирную историю человечества. Люди всегда страдали от неизлечимых болезней, таких как онкология, паралич, долговременное коматозное состояние и др. Но особое распространение эвтаназия получила в 20 веке в связи с изменением условий труда, повышением качества жизни и уровня медицины. При таких заболеваниях человек не может полноценно осуществлять свои ежедневные потребности, взаимодействовать с социумом и быть частью работоспособного населения. Нередко, больной страдает от постоянных болей, которые невозможно прекратить лекарственными или иными медицинскими средствами. Он обречен на ограниченное существование, человек будто не живет, а только существует.

Цель. Рассмотреть исторические предпосылки, значение хосписов. Обсудить целесообразность эвтаназии, представить противоположные точки зрения по данному вопросу.

Материалы и методы:

За некоторыми исключениями, во всех странах эвтаназия не законна. Но есть ряд стран, где ее легализовали. Так, Нидерланды - первая страна, в которой узаконили эвтаназию, что повело за собой ряд ее узаконивания в других странах. Существуют разные взгляды на эвтаназию. Например, религия в большинстве направлений выражает свое несогласие: каноны православной церкви радикально убеждены в том, что эвтаназия - грешное деяние. В самом Священном писании заключено: «...не по своей воле ты создан, и не по своей воле ты родился, и не по своей воле ты живешь, и не по своей воле ты умираешь, благословенен Он". Врач - не Бог, он обязан способствовать выздоровлению больного или делать всё возможное для поддержания здоровья человека. Приближать же смерть - истинное преступление, грех. Однако, монахи в старых церквях или храмах, таких как Киево-Печорская Лавра в Киеве, заблаговременно строили себе под землей кельи с гробами, для уединения и приготовления к миру иному, что было своего рода психологическим воздействием на состояние своего здоровья.

Также Эвтаназия противоречит устоям клятвы Гиппократата, о чем свидетельствует следующее высказывание: "Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути подобного замысла".[2]

С точки зрения международного права- эвтаназия антигуманная идея, представленная преждевременной смертью, что указано в Женевской декларации: «я буду сохранять высочайшее уважение к человеческой жизни с самого ее зачатия; даже под угрозой я не буду использовать мои медицинские знания вопреки законам гуманности».[3] В России на настоящее время запрещена эвтаназия, об этом гласит ст.45 «Запрещение эвтаназии» Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».[4] Предполагается, что врач или иное лицо берет на себя непомерную ответственность за жизнь больного, но желание пациента не всегда может соответствовать должной картине заболевания. Вот в этом случае государство

уголовной ответственностью уберегает людей от субъективизма, от легкомысленного лишения жизни, самой важной ценности человека.

В Испании известна история одного парализованного моряка, который на протяжении 30 лет добивался разрешения на эвтаназию. Рамон Сампедро является автором двух книг, публикация которых вызвала общественный резонанс в Испании. Он свободно выразился: «Абсурдно делать человека рабом врачебной этики, священнической морали или отвратительной и ужасной защиты всемогущего папаши Государства».[5] Но с другой точки зрения, если бы у него отняли эти годы жизни, общество не постигло бы мыслей Сампедро, не было бы целых двух книг! Но при иных обстоятельствах стоит подумать, чего ради идти на самоубиение, если есть возможность поддержать хорошее качество жизни и умереть достойно, в свой час? Хосписы могут это обеспечить.

Хосписы – бюджетные учреждения помощи неизлечимо больным, предоставляющие необходимый уход за ними. Первый хоспис был открыт в Москве, 8 ноября 1903 года онкологом Л.Л.Левшиным для раковых больных. Он представлял собой чистое и светлое помещение, в котором были операционные и палаты, которые постоянно содержались в чистоте. В этих стенах Мари Склодовская-Кюри стала применять свое открытие радия в качестве облучения пациентов с целью лечения раковых заболеваний. Отсюда и понятие «модель Кюри», объединяющая научные исследования и уход за больными.

Спустя время, этот хоспис преобразовали в научно-исследовательский онкологический центр им.Герцена. Именно это заведение стало толчком для открытия по России других хосписов, которые и послужили людям всех сословий. Такова отсылка в историю ныне существующих хосписов. Работники хосписов сопровождают человека в последний путь, находясь рядом с ними в течение 21 дня. Вмешательство врачей подразумевает использование наркотических средств, сильных анальгетиков, которые значительно сокращают жизнь пациентам, но действительно облегчают их существование в терминальной стадии тяжелых заболеваний.

Так, принято считать, что хоспис поддерживает хорошее качество жизни пациента, включая правильный уход за больным. Им же обеспечивается высокое качество смерти, так как человек умирает безболезненно, в окружении специалистов и их помощников.

С такой точки зрения, нет особой необходимости в узаконивании эвтаназии. К примеру, одна известная актриса «N» обнаружила 4-ю стадию рака желудка и посчитала верным отправиться в самый обычный хоспис России, где и скончалась.

Как выразился академик Дмитрий Лихачев: «хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы. Хоспис – это дом, в котором соединяются высочайший гуманизм и высший профессионализм...» [6]

История психоаналитика З.Фрейда – пример рационального подхода к применению эвтанази. У этого знаменитого деятеля развился рак ротовой полости. После 30 хирургических вмешательств и многих рецидивов Фрейд испытывал сильные боли, и в итоге уповал на прекращение своей жизни, которая не имела ничего кроме страданий. Но этот человек боролся до конца, едва ли его можно обвинить в слабодушии. А потому, на мой взгляд, Зигмунд Фрейд – олицетворение истины в риторике вопроса о значении эвтанази.

Заключение и выводы: Что есть жизнь, когда каждое мгновение приносит муку, душевную и телесную? Но что значит смерть по произволу, если есть шанс хотя бы минуту другую насладиться дневным светом или просто самой жизнью, такой какая она дана тебе в данный момент?... В заключение, хотелось бы привести слова выше упомянутого моряка, Рамона Сампедро и подчеркнуть неоднозначность понятия эвтанази: *«Я, как и некоторые судьбы и большинство людей, которые любят жизнь и свободу, думаю, что жить — это право, а не обязанность»- Рамон Сампедро.*[7]

Литература

1. Бэкон Ф. Соч. в 2 т., т. 2. М., 1978, с. 269.
2. Клятва Гиппократ // Гиппократ. Избранные книги. — М., 1994. — С. 87-88.
3. Женевская декларация (международная клятва врачей). Принята 2ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в сентябре 1948 года. Дополнена: 22ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.
4. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", N 323-ФЗ, глава 5, ст.45
5. Цитата из судебных разбирательств Р.Сампедро(90-е годы) Live and Let Die, Time от 26 января 1998 г.
6. Речь Д.Лихачева, Псков. 15 мая 2008 г. в большом зале Городского культурного центра пройдет благотворительный концерт, посвященный 15-летию хосписа имени святой Марфы-Марии.
7. Текст из завещания Р.Сампедро, «Cartas desde el infierno», *dónRSamp Pedro*, Мадрид, 1996.

УДК 174:614.23 (04)

К.Р. Мирхайдарова, А.Р Фарухшин

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫЕ КАЧЕСТВА ВРАЧА

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье ставится задача выявления профессионально значимых индивидуально-психологических свойств будущих врачей. Проблемам подготовки будущих врачей уделяется значительное внимание в научных и практических работах, посвященных учебному процессу медицинского вуза. Однако, студенты медицинских вузов не всегда знают, что профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей и ее успешность определяется не только собственно профессиональными знаниями и навыками, но и умениями реализовывать их в своей практической деятельности за счет развития профессиональных качеств личности.

Для получения исходных данных, мы воспользовались методикой «Оценка ПВК врачей».

Ключевые слова: профессионально важные качества ; ответственность; честность; стремление к самопознанию, саморазвитию; умение хранить тайну.

Mirkhaidarova K.R., Farukhshin A.R.

PROFESSIONALLY IMPORTANT QUALITIES OF A DOCTOR

The Department of psychology and pedagogy with a course IPO, The Bashkir State Medical University.

Abstract: The article raises the problem of identification of professionally important individual-psychological characteristics of future physicians. Preparing future doctors received considerable attention in scientific and practical works, devoted to the education process of medical school . However, medical students may not always know that, a professional medical practice has a number of specific characteristics, and its success is determined by not only the professional knowledge and skills, but also skills to implement them in their practice through the development of professional qualities of the person.

To obtain the source data. We used the method of « Assessment of STC doctors».

Keywords: professionally important qualities ; responsibility; integrity; pursuit of self-knowledge, self-development; the ability to keep a secret.

Основой личностного становления будущего врача является развитие его профессиональных качеств. В практической деятельности осуществляется преобразование личностно важных качеств в профессионально важные качества, то есть происходит

экстериоризация. Личностный подход к обучению студентов в высшем медицинском учебном заведении должен заключаться в создании условий, при которых личность сможет максимально реализовать весь свой потенциал личностно важных качеств и способностей в его будущей деятельности врача.

Подготовка врача отличается от профессиональной подготовки специалистов из других отраслей особенностями формирования в них психологических процессов, а именно профессионального клинического мышления. Поэтому при обучении студентов в высшем медицинском учебном заведении необходимо ориентировать знания на развитие у них научного мировоззрения, научно-теоретических убеждений, моральных качеств, активной жизненной позиции.

Представитель каждого типа профессии имеет свой комплекс личностных качеств, которые способствуют успешному овладению и последующему выполнению профессиональной деятельности. Поскольку профессия врача, как и профессия учителя относится к типу профессий "человек-человек", поэтому, по утверждению Б.Ананьева решающим в деятельности должен быть человеческий фактор. Поэтому будущий врач должен быть образцом толерантной личности в сфере организации процесса лечения.

По утверждению Рубинштейна, успешность любой деятельности обеспечивают регулятивные процессы, которые закрепляются в личности в форме характера и способностей на всех уровнях активности человека. Мы предполагаем, что целью становление будущего врача является становлением целостной, совершенной личности, в которой будет: выработана стойкая жизненная позиция; сформировавшись установка на самосознания; моральная стойкость, желание и умения сопротивляться злу, искушению при нарушении моральных требований; милосердие и любовь к пациентам.

Процесс деятельности врача проходит в условиях меняющихся исходных данных (симптомы могут появляться и исчезать, сочетаться в разных комбинациях), дефицита времени и места нахождения. При этом врач должен смоделировать целостную картину заболевания, установить и проанализировать причины, условия и механизмы его возникновения, развития и лечения.

Наибольший интерес для нас представляет внутренняя сторона деятельности врача. В психологии личностного становления будущего врача в этом плане нужно развивать мыслительные действия (суждения, умозаключения), операции (анализ, синтез, сравнение, обобщение, классификация и интуиция), которые в интеграции формируют у студента профессиональное мышление врача - клиническое мышление. Под клиническим мышлением будем понимать внутреннее состояние, возможность студента-врача выделять главное,

обобщать, систематизировать, дифференцировать понятия, интуитивно оценивать информацию, устанавливать необходимость лабораторного и инструментального исследования с целью быстрого и точного выставления диагноза. Компьютерное обследование, которое считается панацеей при диагностировании заболевания, нивелирует клиническое мышление врача.

Углублению клинического мышления как основы психологического развития личности будущего врача способствует научно-исследовательская работа студента. Научно-исследовательская работа призвана у студента развивать исследовательские умения, то есть потребность интересоваться последними достижениями медицинской науки, формировать умение выступать с докладами, обсуждать истории болезни, результаты лечения на медицинских конференциях и совещаниях, расширять кругозор, способствует интеллектуальному саморазвитию.

Различные сферы трудовой деятельности требуют различных сочетаний профессионально важных качеств, поэтому рассмотрим их, исходя из типов профессий, которые предложил Е. Климов и которые систематизировали в своей работе Л.Шеховцова и Е.Тютюнник. Для профессий типа "человек - человек", к которой относится профессия врача, определены следующие профессионально важные качества: доброжелательность, такт; общительность; эмоциональная устойчивость; самообладание, выдержка; отзывчивость, сопереживание ; самостоятельность; доминантность; организаторские способности; социальный интеллект; чистота, четкость, выразительность речи; экспрессия лица и поведения; настойчивость.

По мнению Н.Громковой "профессионально важные качества (ПВК) - это совокупность таких качеств специалиста, которые служат успешному выполнению профессиональной деятельности, эффективному решению профессиональных задач, личностно-профессиональному росту и совершенствованию". В.Шадриков под профессионально важными качествами понимает "индивидуальные качества субъекта деятельности, влияющие на эффективность деятельности и успешность ее освоения". А.Гура добавляет это определение профессионально важных качеств тем, что ПВК "... являются устойчивыми, существенными, равноценными и могут быть оценены". А.Смирнова считает, что "профессионально значимые качества - индивидуальные особенности человека, которые выступают условием успешного овладения профессией и профессиональной деятельностью"

Таким образом, профессионально важные качества (ПВК) личности - это комплекс важнейших индивидуально-психологических и психофизиологических личностных свойств

человека, которые достаточны и необходимы для успешного выполнения деятельности на нормативном уровне.

В профессиональной медицинской практике наблюдается сочетание важных личностных качеств, этических норм и профессионально важных свойств.

Взаимосвязь профессионально важных и личностных качеств:

Личностно-важные качества: Ответственность; честность, принципиальность, порядочность; терпимость, отношение к людям; интерес и уважение к другому человеку; стремление к самопознанию, саморазвитию; находчивость, разносторонность; любознательность и обучаемость; тактичность, воспитанность; склонность к сопереживанию; инициативность; целеустремленность, настойчивость; умение хранить тайну.

Профессионально-важные качества: Концентрация и устойчивость внимания; правильно ориентироваться в социальной ситуации бескорыстный альтруизм; переключение и распределение внимания, а так же удерживать в центре внимания одновременно несколько предметов или совершать одновременно несколько действий; хорошее развитие образной и словесно-логической памяти; высокий уровень развития критического мышления; развитие логического мышления; достаточное развитие мнемонических способностей (долговременная и кратковременная память); коммуникативные способности (общение и взаимодействие с людьми умение устанавливать контакты); умение слушать; вербальные способности (умение говорить четко, ясно, выразительно); ораторские способности (грамотное выражение мысли); способность к самоконтролю.

Итак, личность есть синтез всех характеристик индивида, и имеет уникальную структуру, которая проявляется и изменяется в результате адаптации к постоянно меняющейся среды. Показателем сформированности профессиональных качеств специалиста, является профессиональная компетентность.

Литература

1. Климов Е.А. Введение в психологию труда: Учебник для вузов. М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1998.
2. Направленность личности как фактор профессионального самоопределения врача. Реферат. 2010. URL: <http://bibliofond.ru/view.aspx?id=471724> (дата обращения: 17.06.2012).
3. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов н/Д: Феникс, 2005.

УДК 159.9: 316.6(045)

Г.И. Сабирова, А.Э.Ахтямов

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КОНФЛИКТНОСТИ

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В статье обоснована актуальность исследования уровня конфликтности студентов 1-3 курсов Башкирского государственного медицинского университета, раскрыты особенности понятия «конфликт», рассмотрены различные стили поведения при столкновении интересов людей, а также приведены результаты исследования.

Ключевые слова. Конфликтность, возраст, гендерный аспект, агрессивность, стиль поведения.

Sabirova G.I., Akhtyamov A.E.

TO THE QUESTION OF THE STUDY OF CONFLICT

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. The article justified the relevance of the study level of conflict students of 1-3 courses of the Bashkir State Medical University, revealed features of the concept of "conflict", considered different styles of behavior in a collision of people's interests and presented the results of the research.

Keywords. Conflict, age, gender aspect, aggression, style of behavior.

Актуальность: Жизнь человека тесно взаимосвязана с общением внутри коллективов, в которых он состоит. И невозможно достичь такого состояния, чтобы интересы, мнение, точка зрения одного человека совпадали с взглядами другого. В свою очередь, подобные несовпадения ведут к возникновению конфликтных ситуаций.

Конфликты являются неотъемлемой частью жизни людей. Бытует мнение, что это явление всегда нежелательное и его необходимо по возможности избегать. Современная психология рассматривает конфликт не только в негативном, но и в позитивном ключе: как способ развития организации, группы и отдельной личности, выделяя в противоречивости конфликтных ситуаций позитивные моменты, связанные с развитием и субъективным осмыслением жизненных ситуаций.

Интересно, что зачастую можно услышать мнения о том, что представители различных полов всегда имеют отличную друг от друга реакцию на спорные ситуации. Вдобавок, учащаются высказывания, что способность уклоняться от конфликтов, правильно

реагировать на них, находить оптимальный выход из них помогают в продвижении человека по карьерной лестнице, ведут к успеху в определенных социальных кругах.

Цель исследования: выявить степени конфликтности различных индивидуумов, а также исследовать способы их поведения в спорных ситуациях.

Методы исследования: были использованы два различные методики – это:

1) Психологический тест «Конфликтный ли вы человек?» (Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. / Райгородский Д.Я. – Москва: Бахрах-М, 2004. [5])

2) Методика «Оценка способов реагирования в конфликте» К.Н.Томаса (Столяренко, Л.Д. Основы психологии. / – Столяренко Л.Д. – Ростов-н/Д: Феникс, 2008. [6])

В исследовании приняло участие 70 человек в возрасте от 18 до 20 лет, из них юношей 30%, девушек – 70%.

Конфликт (лат. *conflictus*) — столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций в сознании отдельно взятого индивида, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями. Любые организационные изменения, противоречивые ситуации, деловые и личностные отношения между людьми нередко порождают конфликтные ситуации, которые субъективно сопровождаются серьезными психологическими переживаниями. [3]

Конструктивный межличностный конфликт возникает тогда, когда один из оппонентов прибегает к нравственно осуждаемым методам борьбы, стремится психологически подавить партнера, дискредитируя и унижая его в глазах окружающих. Обычно это вызывает яростное сопротивление другой стороны, диалог сопровождается взаимными оскорблениями, решение проблемы становится невозможным, разрушаются межличностные отношения. [4]

Выделяют пять стратегий поведения в конфликтах:

1.*Соперничество*: человек весьма активен и предпочитает идти к разрешению конфликта своим собственным путем, способен на волевые решения, старается в первую очередь удовлетворить собственные интересы.

2.*Приспособление*: действие идёт совместно с другим человеком, не наблюдается попыток отстаивать собственные интересы.

3.*Компромисс*: оппоненты сходятся на частичном удовлетворении своего желания и частичном выполнении желания другого человека, обмениваясь уступками и торгуясь для разработки компромиссного решения.

4.*Избегание*: уход от проблемы, её игнорирование, не наблюдается попыток удовлетворить собственные интересы или интересы другого человека.

5. *Сотрудничество*: активное участие в разрешении конфликта и отстаивание своих интересов совместно с сотрудничеством с оппонентом. [1]

Как только человек вступает в конфликт, он может сознательно и целенаправленно выбрать свой подход к нему, вместо того, чтобы стихийно следовать наработанным штампам поведения. [2]

Существует множество ситуаций и причин, порождающих конфликты. Человек не может удержаться или уклониться от конфликта, если затрагиваются его личностные качества, различные интересы, все что связано с деятельностью человека. Причинами также являются различия в целях и различия во взглядах и представлениях.

Неконфликтные личности больше располагают к себе, нежели персоны, готовые вступить в споры без видимых на то причин. К тому же, возраст играет не последнюю роль в определении конфликтности человека: абсолютно каждому известен тот факт, что молодых людей гораздо легче спровоцировать к столкновению во мнениях, чем более взрослых опытных. Но ведь мы знаем, что порой даже самые утвержденные тезисы либо теряют свою актуальность, либо не имели никакой подоплеки в принципе. Поэтому, благодаря нашим исследованиям, нами было принято решение удостовериться в уже общепринятых высказываниях, а при наличии отклонений от них – разобраться в причинах получения подобных результатов.

В процессе нашего исследования мы провели тестирование среди студентов 1-3 курсов Башкирского государственного медицинского университета лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов.

По тесту «Конфликтный ли Вы человек?» были получены следующие результаты: подавляющее большинство – 61% - личности, которые нечасто вступают в конфликты, однако способные отстоять свою точку зрения; несколько меньше - 29% - более или менее тактичные люди; в абсолютном меньшинстве – 10% - чрезвычайно конфликтные личности. Среди девушек – 72% средней конфликтности, 23% - в меру тактичные, 5% - проявляют наибольшую агрессию. Среди юношей 80% - средней конфликтности, 18% - тактичные, и 2% - индивидуумы, проявляющие чрезмерную конфликтность в различных ситуациях. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты по тесту «Конфликтный ли вы человек?»

	Девушки, %	Юноши, %	Общее количество, %
Тактичные	27,15	36	30,1

Средняя конфликтность	66,6	55,5	62,8
Чрезвычайная конфликтность	6,25	9	7,1

По методике «Оценка способов реагирования в конфликте» К.Н.Томаса мы получили следующие результаты: среди девушек наиболее предпочитаемым стилем поведения является компромисс – 38,5%, чуть менее популярными оказались такие стили как избегание и приспособление – 20,5%, самыми не востребованными оказались такие направления как сотрудничество и соперничество – 12,8% и 7,7% соответственно. Среди юношей мнения разделились: соперничество, компромисс и приспособление имели одинаковую популярность – данные стили поведения выбрали по 22,6%; сотрудничество и избегание конфликтов свойственны относительно меньшим количествам испытуемых. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты по методике К.Н.Томаса.

	Девушки, %	Юноши, %	Всего, %
Соперничество	7,7	22,6	14,3
Сотрудничество	12,8	16	14,3
Компромисс	38,5	22,6	31,4
Избегание	20,5	16,2	18,6
Приспособление	20,5	22,6	21,4

Заключение и выводы. Таким образом, результаты наших исследований показали следующее: девушки демонстрировали большую склонность к конфликтам (72,85% - чрезвычайной и средней конфликтности), нежели юноши (64%). Причём среди способов поведения в спорных ситуациях у представительниц женского пола преобладает компромисс (38,5%), наименее популярным оказался стиль соперничества – всего лишь 7,7%, а избегание и приспособление к ситуации набрали одинаковое количество баллов (по 20,5%). Примечательно, что среди юношей такие разноплановые стили, как соперничество, компромисс и приспособление набрали одинаковое количество баллов (по 22,6%). На наш взгляд, это связано с тем, что молодые люди достаточно гибко реагируют на возникновение и развитие какого-либо инцидента.

Итак, результаты наших исследований оказались довольно неожиданными. Несмотря на то, что представительницам женского пола обычно характерны открытость, доброжелательность, уступчивость, осторожность, мягкость, гармоничность во взаимоотношениях с окружающими, в данном исследовании они продемонстрировали

несколько противоположные показатели и открылись с новой стороны, поскольку оказались более склонными к конфликту, нежели представители мужского пола. Из популярных стилей конфликтности им показался ближе компромисс, что исключает в некотором роде ту мягкость и гармоничность, которую ожидают от девушек. Примечательно, что соперничество было крайне не востребовано, в то время как мы предполагали для него несколько больший процент популярности. Юноши тоже показали отчасти непредсказуемые результаты. Мы ожидали, что в приоритете будут такие качества, как целеустремленность (даже если цель потребует жертв, например, игнорирование потребностей другого человека), холодность по отношению к окружающим, безучастность, уверенность. Однако мужчины оказались менее склонны к конфликтам, нежели девушки. Для нас было удивительным открытием то, что среди наиболее популярных стилей конфликтности были компромисс, сотрудничество и приспособление, так как мы предполагали, что именно данные навыки выберут испытуемые женского пола.

Из всех этих данных и рассуждений следует, что индивидуально-психологические особенности личности гораздо более обширны, чем мы можем себе представить. Отсюда ставится под вопрос убеждение, что конфликтность особей легко предсказуема, и, имея определенные данные, можно делать предположения о том, какой стиль представитель того или иного пола предпримет в спорной ситуации.

Литература

1. Гребенюк, О.С. Общая педагогика: Курс лекций / Калининград: Калинингр. ун-т., 1996. – 107 с.
2. Гришина, Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришина. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Изд. дом «Питер», 2008. – 538 с.
3. Занковский, А.Н. Психология деловых отношений. Учебно-методический комплекс / А.Н.Занковский. – М.: Изд. Центр ЕОАИ, 2008. – 384 с.
4. Кармин, А.С. Конфликтология / ред. А.С.Кармина. – СПб.: Издательство «Лань», 1999.
5. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика: Методики и тесты / ред. Д.Я.Райгородский.– Самара: Бахрах-М, 2008. – 672 с.
6. Столяренко, Л.Д. Основы психологии. / Столяренко Л.Д. – Ростов-н/Д: Феникс, 2008.

УДК 612.116.3:171(04)

В.М.Морозова, Ю.С.Скоркина, О.М. Иванова

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В статье рассматриваются биоэтические проблемы трансплантации, связанные с переливанием крови. В частности с переливанием крови в религиозном аспекте, с коммерциализацией, с дефицитом донорской крови и её компонентов, а так же качественного иммунологического подбора доноров. Для оценки социального отношения к вопросам трансплантации крови, нами решено провести опрос между двумя группами: первая группа - байкеры, вторая группа – студенты Башкирского государственного медицинского университета. В результате исследования нами было установлено, что коммерциализация является одной из главных этических проблем.

Ключевые слова. проблемы трансплантации, дефицит донорской крови, трансплантация крови, коммерциализация.

V.M.Morozova., Ju.S.Skorkina, O.M. Ivanova

ETHICAL PROBLEMS OF TRANSFUSION

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The article examines the ethical transplantation problems associated with blood transfusions. In particular, with blood transfusion religious aspect commercialization, deficient blood and its components, as well as a qualitative immunoassay selecting donors. To assess the social attitude towards transplantation of blood, we decided to conduct a survey on between the two groups: the first group - the bikers, the second group - students of the Bashkir State Medical University. As a result of our study, it was found that the commercialization is a major ethical problem.

Keywords. problems of transplantation, blood deficiency, blood transplantation, commercialization.

Актуальность: Трансфузиология - область медицины, которая обеспечивает заготовку донорской крови, её переработку на компоненты и препараты, и их использование для лечения больных [3].

Донорство крови – самая массовая медицинская практика, связанная с трансплантацией. В настоящее время практика переливания крови и ее компонентов регулируется законом «О донорстве крови и ее компонентов». К медицинским факторам относятся проблемы иммунологического подбора донора, показатели здоровья реципиента,

некоторые из которых становятся противопоказаниями для трансплантации, проведение послеоперационной иммуносупрессивной терапии, а также научно-медицинские проблемы разработки и применения технологий трансплантации органов и тканей [4].

Акт донорства диктуется альтруистическими соображениями помощи больным, спасения человеческой жизни. Аварии, катастрофы, активные военные действия всегда вызывают дополнительный приток доноров на донорские пункты, особенно если службы крови обращаются к населению с соответствующим призывом [3].

Вопросы осложненные эпидемиологической обстановкой по целому ряду инфекционных заболеваний, передающихся при донорстве крови и её препаратов, связываясь с последними достижениями науки и технологии, позволяют сделать трансфузионные среды более эффективными и безопасными. Но тем самым это приводит к значительному повышению стоимости донорских препаратов и снижает их доступность.

Проблемы качественного отбора доноров осложняются несовершенством современных методов тестирования крови и ее компонентов на различные инфекционные заболевания. Получение вследствие этого ложноположительных результатов приводит к уменьшению количества возможных доноров при последующих призывах.

Наибольшие трудности возникают при решении этических и правовых проблем трансфузии крови и её компонентов [1, 2]. В России, в настоящее время, по экономическим причинам и в связи с недостаточной пропагандой донорства, в основном практикуется сдача крови и ее компонентов на платной основе. Лица, испытывающие острый недостаток в материальных средствах видят донорство, как возможность поправить свое материальное положение, помогая при этом другим людям. Но сданная такими людьми кровь часто не отвечает стандартам качества.

Закон защищает права и здоровье донора. Донором может быть каждый дееспособный гражданин в возрасте 18-60 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие крови у донора допустимо только в том случае, если это не нанесет ущерба его здоровью. По Закону доноры в нашей стране пользуются рядом льгот. Эти льготы должны способствовать поощрению развития донорства в России [1, 2].

Однако выполнение льгот сложно даже как-либо положительно охарактеризовать. Так владельцы частных предприятий и заводов препятствуют участию работников их предприятий в донорстве, не предоставляют донорам льготы и отказывают учреждениям службы крови в предоставлении помещений для заготовки крови при проведении "Дней донора" [3].

При рассмотрении религиозно-этической проблемы к переливанию крови, большинство богословов позитивно относятся к вопросам трансфузии. Исключением являются представители Свидетелей Иеговы, которые имеют запрет на переливание крови обязывающий их носить с собой специальный отказ от вмешательства с применением крови.

Цель исследования: При рассмотрении ряда биоэтических проблем касающихся трансфузиологии, можно выделить проблемы связанные с переливанием крови в религиозном аспекте, с коммерциализацией, с дефицитом донорской крови и её компонентов, а так же качественного подбора доноров.

Основанием для исследования служит то, что врачи и доноры, не смотря на научно-технический прорыв, продолжают сталкиваться с этическими проблемами трансфузии крови и её компонентов.

Материалы и методы: Для оценки социального отношения к вопросам трансплантации крови, нами было опрошено 214 человек в двух разных социальных группах - это представители мотодвижения (104 чел.), вторая группа - студенты медицинского университета БГМУ (110 чел.). Основная часть опрошенных, среди байкеров и студентов (97,5%) считает переливание крови необходимым. В обеих группах было выявлено, что религия не оказывает существенного влияния на возможность быть донором. Большинству студентов медицинского университета не доводилось быть донорами крови, тогда как представителям мотодвижения становятся донорами в 50% случаев. Из всех опрошенных студентов только 0,9% хоть раз нуждался в срочном переливании крови, а среди байкеров этот показатель составил 6 %.

В среднем в двух группах 49,7% хотели бы стать донорами, но по различным причинам не смогли. При этом 50,2% с такой проблемой не сталкивались. В основном обе группы (70,6%) считают материальную компенсацию донорам необходимой, так среди байкеров этого мнения придерживаются 63%, а среди студентов 78,2%. Однако во второй группе 19,1% опрошенных не видят необходимость материальной компенсации, а 2,7% не могут дать однозначный ответ. В первой же группе процент не согласных с необходимостью коммерциализации составил 35%, и уже только 2% испытывают затруднения в точном ответе на данный вопрос. В ходе опроса мы выявили, что 88,7% опрошенных из двух контрольных групп, согласны с тем, что вопрос коммерциализации трансфузии крови и ее компонентов является одним из основополагающих. Все вышесказанное свидетельствует о том, что байкеры в отличие от студентов чаще сталкиваются с проблемами донорства, а значит, более осведомлены в этом вопросе.

В статическая обработка проводилась программным пакетом MS Excel и MS Word (Microsoft, USA) .

Результаты и обсуждение: По результатам опроса мы обнаружили, что теоретически знакомы с проблемой коммерциализации трансфузии крови только 1/10 часть опрошенных в двух контрольных группах, а 3 / 4 опрошенных не сталкивались с данной проблемой. Поэтому 1 / 5 обеих групп считает, что существенную роль в донорстве крови играет материальная компенсация донору.

На основании проведенного исследования, мы предлагаем следующие возможные способы решения основных проблем современной трансфузиологии. Для решения вопроса о качестве и доступности крови и её компонентов необходим поиск альтернативных, по качеству и доступности, методов тестирования трансфузионных сред. Это может помочь в повышении привлечения большего количества доноров, среди различных социальных групп. Со стороны коммерциализации, помощью в популяризации донорства, могут стать: увеличение льготных выплат для доноров, создание положительного образа донора в сознании населения, ликвидация правовой и этической безграмотности по данной проблеме.

Заключение и выводы: В результате исследования нами было установлено, что коммерциализация является одной из главных этических проблем. Мы привели основные причины, почему проблема с донорством все ещё актуальна в России. А также определили теоретическое отношение к основным проблемам трансфузии крови и её компонентов в двух разных социальных группах (студенты БГМУ и представители мотодвижения). Мы также предложили возможные способы решения основных проблем донорства.

Литература

1. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты. Учебно-методическое пособие / под ред. Я.С. Яскевич. - Минск. БГЭУ, 2007, 226 с.
2. Биоэтика: философские, клинко-психологические и медицинские аспекты: [Электронный ресурс]. URL.: <http://dialektika-eniology.narod.ru/bioet.html>
3. Реферат по дисциплине "Введение в специальность". Этические аспекты в трансплантологии и трансфузиологии. Выполнила: ст. 106 гр. отделения ЛД Сергеева О.Д. "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения РФ Фармацевтический колледж - Красноярск, 2014 [Электронный ресурс]. URL.: <http://diplomba.ru/work/129666>
4. Этические проблемы трансплантации органов и тканей (№13 [211] 01.09.2010)
Автор: Марина Жарова [Электронный ресурс]. URL.:

<http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2726&level1=main&level2=articles>

УДК 614.253(04) 178.7:614.253(04)

Д.Р.Тансыккужина

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ВРАЧА

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: курение лежит в патогенезе многих заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых – лидирующих по уровню смертности среди населения. Врачи, их знания и авторитет являются ключевым фактором профилактики табакокурения. Распространенность курения среди медицинских работников представляет собой усугубляющий аспект данной проблемы.

Ключевые слова: зависимости, курение, отношения врач-пациент

Tansykkuzhina D.R.

BIOETHICAL ASPECTS OF THE IMAGE OF A DOCTOR

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Smoking is the reason for the pathogenesis of many illnesses, especially, cardiovascular diseases – the are leading in mortality rates among the population. Doctors, their knowledge and authority are a key factor in the prevention of smoking. Smoking prevalence among medical workers is an aggravating aspect of this problem.

Keywords: dependence, smoking, doctor-patient relationship

Актуальность. Курение, являясь причиной развития многих заболеваний, представляет собой одну из наиболее существенных и обсуждаемых проблем современности [2]. Ключевую роль в формировании здорового образа жизни населения, привлечении внимания пациентов к необходимости прекращения курения и помощи в этом занимают работники сферы здравоохранения. Распространенность курения среди врачей является отягощающим фактором данной проблемы. Примечательно, что по уровню табакокурения среди врачей в России данный показатель не отличается от такового среди остального населения, тогда как в большинстве других развитых странах табакокурение у врачей явно ниже чем среди общего населения [1]. Врач, профессионально-ценностной ориентацией которого является утверждение принципов здоровья, но не исполняющий их сам - это барьер на пути улучшения методов борьбы с курением, снижения этого показателя среди населения. Но тяжелый труд врача сопряжен с полной отдачей себя, своих душевных и физических сил. Он

не только как работник медицинской сферы, но, прежде всего, как человек – испытывает постоянные стрессы, связанные с необходимостью принятия быстрых и точных решений, от которых зависит жизнь и здоровье пациента. Этот груз ответственности, нелегкие условия труда, неудовлетворенность собственным материальным положением ведут к возникновению психоневротических расстройств врачей, что нередко сопровождается распространенностью среди врачебной среды табакокурения. Конечно, это подрывает авторитет врача в глазах пациента. Цель данного исследования заключается в выяснении отношения населения, в частности, студентов, к курящим врачам.

Материал исследования представлен ответами респондентов на ряд вопросов, касающихся их отношения к предложенной теме. Эти данные были получены путем анонимного опроса среди студентов различных университетов г.Уфы. Всего было опрошено 59 человек.

Результаты и обсуждение. Характер профессиональной деятельности врача, его постоянный контакт со многими больными и их родственниками предполагает негативные последствия распространенности табакокурения среди работников медицинской сферы как в виде возникновения у пациента сомнений о компетентности своего лечащего врача, так и в непосредственном нанесении ущерба здоровью, и, в конечном счете, качеству оказываемой врачом помощи. В таблице 1 представлены данные ответов студентов на вопрос «Ваше отношение к курящим врачам?». Из всех опрошенных большинство, 49,1%, высказались в пользу нейтрального отношения; вариант «скорее негативно, чем положительно» выбрали 18,6% студентов, о негативном отношении заявили 28,8% опрошенных, и по одному голосу (1,8%) получили варианты ответов «скорее положительно, чем негативно» и «положительно». 47,4% опрошенных студентов уверены, что курящий врач с меньшей вероятностью будет советовать пациенту бросить курить, а 52,6% отвечающих с этим не согласны. (Таблица №2). И на вопрос о том, отразится ли потребление сигарет на исполнении профессиональных обязанностей врача (таблица №3), утвердительный ответ дали 27,1% опрашиваемых, отрицательный – 72,9%.

Таблица №1

Ответы на вопрос «Ваше отношение к курящим врачам?»

Варианты ответов	Ответы, n (%)
Негативное	17 (28,8)
Скорее негативное, чем положительное	11 (18,6)
Нейтральное	29 (49,1)

Скорее положительное, чем негативное	1 (1,7)
Положительное	1 (1,7)

Таблица №2

Ответы на вопрос «Считаете ли вы, что курящий врач с меньшей долей вероятности будет советовать пациенту бросить курить?»

Варианты ответов	Ответы, n (%)
Да	28 (47,4)
Нет	31 (52,6)

Таблица №3

Ответы на вопрос «Отразится ли, на ваш взгляд, курение на исполнении профессиональных обязанностей врача?»

Варианты ответов	Ответы, n (%)
Да	16 (27,1)
Нет	43 (72,9)

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что в целом отношение к курящим врачам довольно противоречиво; сохраняют нейтралитет по рассматриваемому вопросу около половины участников опроса, не одобряют данное явление 47,4% опрошенных студентов, положительный отклик получен лишь в 3,4%. Чуть меньше половины респондентов убеждены: курящий врач не станет уделять должного внимания на тот факт, что его пациент курит, и не будет предпринимать необходимых мер для решения данного вопроса. Подавляющее большинство отвечающих не считают курение отрицательно влияющим фактором на качество исполнения профессиональной деятельности врача.

Заключение. Без сомнения, врач, как настоящий профессионал своего дела, должен проявлять абсолютную беспристрастность в тех случаях, когда сталкиваются его слабости (склонность к табакокурению) и должная биоэтическая позиция, воплощенная в клятве Гиппократы: *«Я направляю режим больных к их выгоде...воздерживаясь от причинения всякого вреда...»* [3]. Но курительное поведение работников медицинской сферы вступает в некоторое противоречие с представлениями населения о морально-этическом образе врача. По представлению многих, такое поведение не оправдано, и явно не получает поддержки со стороны опрошенных в ходе данного исследования. Таким образом, врач, злоупотребляющий курением, не является авторитетным лицом в популяризации здорового образа жизни среди населения, ведь он, как считают 47,4% опрошенных, не столь

заинтересован в данном вопросе. Все это, в конечном счете, приводит к снижению уровня доверия населения как к врачам, так и к медицине в целом.

Врачи, ежедневно контактирующие с нуждающимися в их помощи людьми, могут и обязаны влиять на образ жизни своих пациентов. Они должны быть примером в отказе от курения, ведь они, их профессиональные знания и авторитет – единственный действенный путь к понижению уровня курения среди населения.

Литература

1. А. И. Кислов, Е. В. Волкова. Гендерные особенности табакокурения среди врачей. Статья из научной электронной библиотеки <http://cyberleninka.ru/>, 2013.-9 с.
2. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, Российский кардиологический журнал, 2012.-80с.
3. Цитата приведена из клятвы Гиппократата

УДК 612.821:159.944

А.Г.Тимофеева

**ВЫЯВЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ ДЛЯ УСПЕШНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: В данной статье мы рассмотрели проблему оптимума мотивации для эффективной учебной деятельности студентов 2 курса БГМУ.

Ключевые слова: личность, деятельность, мотивация деятельности.

A. G. Timofeeva

DETECTION OF OPTIMAL MOTIVATION FOR SUCCESSFUL ACTIVITY

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In this article we have considered the problem of optimising the motivation for effective studying among the second year BSMU students.

Keywords: personality, activity, activities motivation.

Актуальность исследования. Современному человеку приходится выполнять множество различных задач. Успешность их выполнения напрямую зависит от мотивации, являющейся побуждением к действию. Мотивация сознательно, а иногда и подсознательно контролирует поведение человека, направляя деятельность на удовлетворение потребностей. Замечено, что существует оптимальный уровень мотивации, при котором деятельность наиболее продуктивна. При существенных отклонениях – недостаточной или чрезмерной мотивации – эффективность работы падает. Так, если мотивация направлена на материальные потребности, при избыточном её уровне у человека может появиться эмоциональное напряжение, стресс, что впоследствии приведёт к снижению работоспособности и продуктивности деятельности, а при недостаточном - может развиваться нежелание что-либо делать, лень, в результате чего цель не будет достигнута.

Цель данного исследования – практическое изучение влияния уровня мотивации к успеху и мотивации к избеганию неудач на эффективность деятельности студентов.

Методы исследования. Методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т.Элерса; Методика диагностики личности на мотивацию к избеганию неудач Т.Элерса; Анкета «Целеполагание и мотивация». Математическая обработка результатов в виде таблиц.

База исследования: студенты 2 курса БГМУ в количестве 31 человека, возраст 19-20 лет.

Результаты и обсуждение. Термин «мотивация» был впервые употреблён немецким философом-иррационалистом Артуром Шопенгауэром. В своей диссертации «О четвертичном корне достаточного основания», он определяет мотивацию как «причинность, рассматриваемую изнутри»: познание предполагает наличие субъекта и объекта познания, в процессе мотивации – субъект познаёт сам себя. Мотив – «причинность, прошедшая сквозь сознание животного» предваряет дальнейшие действия, соответственно, влияние мотива на поступок не извне и опосредованно, а изнутри и непосредственно [1].

Современные учёные по-разному определяют мотивацию. Так, согласно В.К. Вилюнасу мотивация является системой процессов, направленных на побуждение и деятельность [2]; А. Маслоу выделяет её как стремление к реализации своих потребности [4]. В свою очередь, под мотивами могут понимать самые разные явления, такие как переживание эмоций, желания, интересы, жизненные цели. Наиболее полное объяснение предлагает А.Н. Леонтьев, определяя мотив как «опредмеченную потребность». Предметность приобретает потребность при обнаружении объекта, способного удовлетворить её. В дальнейшем потребность реализуется в деятельности, трансформируя её в конечном счёте в результат [3]. Таким образом, для эффективной деятельности необходима мотивация, причём оптимальной интенсивности.

Оптимальной для достижения наилучших результатов считается средняя интенсивность мотивации. Согласно закону «оптимума мотивации» Йеркса-Додсона существует определённый оптимум мотивации для выполнения какой-либо деятельности, связанный обратной зависимостью с трудностью задачи: чем труднее задача, тем ниже должен быть уровень мотивации. Усиление мотивации выше оптимума может привести к повышению напряжения, стрессу и т.д., вследствие чего производительность падает.

Для доказательства своего закона, Р. Йеркс и Д. Додсон в 1908 году проводили эксперименты на мышах. Так было выяснено, что при трудной дифференцировке входа в лабиринт оптимальным является наказание слабым ударом тока, и наоборот, при легкой задаче оптимальная мотивация сильным ударом тока.

В 1934 году Патриком был проведён подобный опыт на человеке. При усилении мотивации (пропускание слабого тока через пол), рациональность мышления испытуемого снижалась, ошибки допускались чаще, в результате чего эффективность правильного выбора терялась [5].

В первой предложенной методике (методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса) испытуемым предлагалось ответить «да» или «нет» на 41 вопрос. По результату данного теста было выявлено, что 42% студентов имели средний уровень мотивации к успеху, 45% студентов – высокий уровень мотивации к успеху, 13% студентов – слишком высокий уровень мотивации к успеху.

Вторая предложенная методика – методика диагностики личности на мотивацию к избеганию неудач Т. Элерса. Чем больше была набранная сумма баллов, тем больше была мотивация к защите, избеганию неудач. Низкая мотивация к защите была выявлена у 10% испытуемых, средний уровень мотивации к защите – у 55%, высокая мотивация к защите – у 19%, слишком высокая мотивация к защите – у 16% испытуемых.

Затем мы предложили респондентам анкету «Целеполагание и мотивация»: 1) «Добиваетесь ли вы поставленных целей?» 2) «Ради чего вы учитесь?»

На первый вопрос предлагалось ответить «да» или «нет», на второй вопрос давался следующий выбор: а) ради получения знаний; б) ради получения хороших оценок; в) ради уважения среди преподавателей и сокурсников; г) ради получения стипендии; д) ради похвалы со стороны родителей/других значимых людей; е) другое (указать, что).

На первый вопрос большинство студентов ответили «да» (90,32%), ответ «нет» дали 9,6%. Наиболее частый ответ на второй вопрос: а) ради получения знаний - его дали 74,19%; 6,45% ответили, что учатся «ради похвалы со стороны родителей/других значимых людей», 3,23% – «ради стипендии». Свой ответ дали 16,13%, из них 6,45% учатся для того, чтобы стать профессионалом, специалистом; остальные (по 3,23%): для обретения самостоятельности, для самосовершенствования и ради удовольствия. Ответы «ради получения знаний», «ради становления профессионалом» и «для самосовершенствования» были отнесены нами к внутренней мотивации; «ради похвалы родителей/других значимых людей», «ради стипендии», «ради самостоятельности» и «ради удовольствия» оценивались как внешние мотивации.

Соотношение выявленных методиками Т. Элерса результатов с первым вопросом анкеты.

Таблица №1

Добиваются поставленных целей					Не добиваются поставленных целей				
Мотивация	к успеху					к успеху			
	Низ.	Сред.	Выс.	Слишк. выс.		Низ.	Сред.	Выс.	Слишк. выс.

к защ ите	Низ.		3,23%	3,23%	3,23%	к за щи те	Низк.				
	Сред.		6,45%	32,26%	6,45%		Сред.		3,23%	3,23%	
	Выс.		9,68%	9,68%	3,23%		Выс.				
	Слиш к. выс.		12,9%				Слиш ком выс.		3,23%		

Среди студентов, ответивших «нет» на первый вопрос анкетирования, 3,23% показало среднюю мотивацию к успеху и слишком высокую мотивацию к избеганию неудач; 3,23% – среднюю мотивацию к успеху и среднюю мотивацию к защите; 3,23% – высокую мотивацию к успеху и среднюю мотивацию к избеганию неудач. Респонденты, ответившие «да» на первый вопрос анкетирования показали различные результаты по методикам Т.Элерса. Так, среди них 3,23% были свойственны средняя мотивация к успеху и низкая мотивация к избеганию неудач; 6,45% – средняя мотивация к успеху и средняя мотивация к избеганию неудач; 9,68% – средняя мотивация к успеху и высокая мотивация к избеганию неудач; 12,9% – средняя мотивация к успеху и слишком высокая к избеганию неудач; 3,23% – высокая мотивация к успеху и низкая к избеганию неудач; 32,26% – высокая мотивация к успеху и средняя к избеганию неудач; 9,68% – высокая мотивация к успеху и высокая к избеганию неудач; 3,23% – слишком высокая мотивация к успеху и низкая мотивация к избеганию неудач; 6,45% – слишком высокая мотивация к успеху и средняя к избеганию неудач; 3,23% – слишком высокая мотивация к успеху и умеренная мотивация к избеганию неудач. Полученные результаты представлены в таблице (Таблица №1).

Соотношение выявленных методиками Т. Элерса результатов со вторым вопросом анкеты.

Таблица №2

Имеют внутреннюю мотивацию					Имеют внешнюю мотивацию					
Мотивация	к успеху				Мотивация	к успеху				
	Низ.	Сред.	Выс.	Слиш ком выс.		Низ.	Сред.	Выс.	Сли шко м выс.	
к защ ите	Низ.		3,23%	3,23%	3,23%	к за щи те	Низ.			
	Сред.		3,23%	29,03%	6,45%		Сред.		6,45%	6,45%
	Выс.		9,68%	9,68%	3,23%		Выс.			
	Слиш		12,9%				Слиш		3,23%	

	к. выс.						к. выс.				
--	---------	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--

Студенты с внутренней мотивацией также показали большой диапазон результатов. Наибольшее количество респондентов относилось к категории людей с высокой мотивацией к успеху и средней мотивацией к избеганию неудач (29,03%). У 12,9% опрошенных наблюдалась средняя мотивация к успеху и слишком высокая к избеганию неудач. По 9,68% студентов имели высокую мотивацию к избеганию неудач и среднюю или высокую мотивацию к успеху. 6,45% испытуемых проявили слишком высокую мотивацию к успеху и среднюю к избеганию неудач. По 3,23% респондентов имели среднюю мотивацию к успеху и низкую или среднюю мотивацию к избеганию неудач, высокую мотивацию к успеху и низкую к избеганию неудач, слишком высокую мотивацию к успеху и низкую или высокую – к избеганию неудач.

Испытуемые с внешней мотивацией имели среднюю мотивацию к успеху и среднюю (6,45%) или слишком высокую (3,23%) мотивацию к избеганию неудач, или среднюю мотивацию к успеху и высокую к избеганию неудач (6,45%) (Таблица №2).

Студенты с высокой мотивацией к успеху и средней к избеганию неудач предпочитают средний уровень риска, надежда на успех у них скромнее, чем у тех, кто имеет слабую мотивацию к успеху. Полного избегания риска при этом не происходит, что огораживает данных респондентов от несчастных случаев. Ставя перед собой внутренние мотивации (получение знаний, становление специалистами, самосовершенствование), они чаще достигают поставленных целей, их деятельность успешнее и продуктивнее других. Подобную картину можно наблюдать и при средней или высокой мотивации к успеху и высокой к защите. В данном случае высокая мотивация к избеганию неудач обеспечивает выбор либо малого риска, либо, напротив, чрезмерно большого, однако, не угрожающего престижу деятельности. При слишком высокой мотивации к защите, являющейся доминирующей, и средней мотивации к успеху, студенты также предпочитают малый или большой уровень риска, но, по сравнению с людьми с меньшим уровнем мотивации к избеганию неудач, чаще попадают в неприятности.

Преобладающими мотивациями студентов, не достигающих целей, но имеющих правильную внутреннюю мотивацию, были слишком высокая мотивация к избеганию неудач (обеспечивающая частое избегание риска и попадание в несчастные случаи) или высокая мотивация к успеху (в данном случае неэффективную деятельность можно объяснить личностными качествами респондента, его привычками).

Студенты с внешней мотивацией и добивающиеся целей проявляли средний уровень мотивации к успеху и средний или слишком высокий к защите. Они выбирают средний

уровень риска, но более уверены, что достигнут успеха в своей деятельности по сравнению с респондентами, имеющими высокую мотивацию к успеху. Высокая мотивация к защите, напротив, обеспечивала склонность к минимальному или максимальному риску, не угрожающему деятельности. Также в этой группе были выявлены студенты с высокой мотивацией к успеху и средней к избеганию неудач, обеспечивающие довольно продуктивную работу.

Заключение и выводы: В наших исследованиях мы доказали, что для наиболее эффективной деятельности необходим умеренно высокий уровень мотивации к успеху, средний к избеганию неудач и наличие внутренней мотивации, направленной на получение знаний, самосовершенствование, становление профессионалом. Сильная мотивация к успеху обеспечивает выбор оптимального уровня риска, меньшую надежду на успех и большие прикладываемые старания для достижения цели. Готовность рисковать при таком уровне мотивации обеспечивает осмотрительность и приводит к понижению процента несчастных случаев.

Литература

1. Лапшин, И.И. Шопенгауэр, Артур. Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона [Электронный ресурс]: статья из энциклопедического словаря / И.И. Лапшин. - СПб., 1890—1907. – Режим доступа: http://az.lib.ru/s/shopengauer_a/text_0050.shtml
- 2 – Вилюнас, В.К. Психология развития мотивации [Электронный ресурс]: монография / В.К. Вилюнас. - СПб.: Речь, 2006. – Режим доступа: http://ozrp-students.narod.ru/op_seminar/t2_0910k2_vilunas.doc
- 3 – Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. [Электронный ресурс] / А.Н.Леонтьев - М.: Политиздат, 1975. – Режим доступа - <http://psylib.org.ua/books/leona01/>
- 4 – Маслоу, А. Мотивация и личность [Электронный ресурс] / Abraham H. Maslow – СПб.: Евразия, 1999. – Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/masla01/>
- 5 – Фресс, П., Пиаже, Ж. Экспериментальная психология./ Под редакцией П.Фресса и Ж.Пиаже [Электронный ресурс] / П.Фресс, Ж.Пиаже - М., Прогресс, 1975. – Режим доступа - <http://flogiston.ru/library/piazhe1>

УДК 377.131.14

А.С.Хажин

**ОБУЧЕНИЕ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА ОСНОВЕ
ИНТЕГРАТИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОГО ПОДХОДА**

**ГБОУ ВПО «Башкирский Государственный Медицинский Университет»
Минздрава России Медицинский колледж, г. Уфа**

Резюме: Вступление России в новую социально-экономическую реальность, усиливает требования работодателя к уровню подготовки специалистов сестринского дела, формированию у них способности выполнять практические задачи, работая по простому и сложному алгоритму одновременно, оказывать квалифицированную помощь пациенту. В статье обосновывается, что такая подготовка становится возможной на основе использования интегративно-деятельностного подхода в учебном процессе медицинского колледжа. Подготовленные на его основе специалисты будут составлять основу профессионального потенциала сестринского дела и будут способны находить пути для самореализации и самосовершенствования в профессиональной деятельности.

Ключевые слова: интегративно-деятельностный подход, медицинская сестра, специалист сестринского дела.

A.S. Khazin

**THE EDUCATION OF FUTURE NURSES ON THE BASIS OF
INTEGRATIVE-ACTIVE APPROACH**

**SBEIHPЕ «Bashkir State Medical University», Ministry of Health of Russia
Medical College
Ufa**

Abstract. Russia's entry into a new socio-economic reality strengthens the requirements of the employer to the level of training of nursing, the formation of their ability to perform practical tasks, working on a simple and sophisticated algorithm at the same time, to provide expert assistance to the patient. The article explains that such training is made possible through the use of integrative-active approach in the educational process of medical College. Prepared on the basis of its experts will form the basis of the professional capacity of nursing and will be able to find ways to self-realization and self-improvement in their professional activities.

Keywords: integrative-active approach, nurse, specialist nursing.

Введение: Профессиональная подготовка специалистов сложная и непреходящего значения педагогическая проблема. По новому актуально она звучит сегодня в период

интеграции России в мировое образовательное пространство, модернизации системы образования, принятия нового закона «Об образовании», введения федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и высшего образования, подготовки мобильных, конкурентоспособных специалистов на рынке труда.

Актуальность – современная система среднего медицинского образования главной своей целью ставит реализацию профессионально составляющей развития и подготовки профессионально мобильной личности специалиста сестринского дела в образовательном процессе медицинского колледжа. Актуальность обусловлена также совершенствованием педагогической науки, в которой сегодня ярко просматривается интеграция научных, естественнонаучных, технических и сугубо медицинских знаний в подготовке специалистов различного профиля для системы здравоохранения. Двудесятилетняя цель медицинского образования заключается в направленности будущих специалистов на усвоение ими необходимого содержания медицинского образования, с одной стороны, а с другой – развитие их личностных качеств, что обуславливает необходимость научного обоснования и разработки путей к реализации интегративно-деятельностного подхода к подготовке специалистов сестринского дела, поскольку данный подход содержит значительные резервные возможности реализации интегративно-содержательных и личностно-ориентированных технологий учебного и педагогического процесса. Введение в образовательный процесс интегративно-деятельностного подхода позволит также реализовать компетентностную модель подготовки современных специалистов и рассматривать её как выполнимую.

Актуальность обуславливается также тем, что система среднего медицинского образования интегрируется содержательно, уровня и технологически с высшим образованием в контексте реализации идеи – «колледж – вуз».

Цель работы: разработка и реализация обучения на основе интегративно-деятельностного подхода к подготовке специалистов сестринского дела в учебном процессе медицинского колледжа.

Концепция интегративно-деятельностной подготовки медицинских сестёр в профессиональном образовании базируется на ведущих идеях (основаниях), разработанной программы сестринского дела в Российской Федерации с 2010 по 2020 годы [6].

Проблемам профессиональной деятельности и профессиональной подготовке медицинских сестер посвящено довольно много теоретических исследований. Вопросы о профессиональной деятельности медицинских сестер освещаются в работах многих исследователей. В них указывается, что в последние годы профессиональные функции и

организованные формы деятельности медицинской сестры меняются в соответствии с задачами, стоящими перед здравоохранением. С развитием новых отраслей медицины, совершенствованием технологий, медицинской помощи, появлением новых медицинских препаратов и др. возникает острая потребность оперативно влиять на подготовку специалистов, способных осваивать новые виды деятельности и новой технологии.

Профессиональная подготовка медицинских сестер на основе интегративно-деятельностного подхода детерминирована внешними и внутренними факторами.

Внешние факторы связаны с интеграцией медицинского образования в мировое образовательное пространство, подготовка конкурентных специалистов не только для российской образовательной практики, но и способных конкурировать и мобильно перемещаться для работы в других странах.

Второй фактор связан с требованиями общества к медицинским работникам. Здоровье каждого человека и общества в целом — самая главная ценность. Физическое, психическое, социальное здоровье человека, прежде всего, зависит от самого человека. Но когда у человека возникают проблемы со здоровьем, решить их могут профессионально подготовленные специалисты — врачи и медицинские сестры. Поэтому общество заинтересовано в качественной профессиональной подготовке врачей и медицинских сестер и в эффективной их профессиональной деятельности [2, с.120].

Уникальной задачей медсестры хирургического профиля является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в интеграции и осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. Медсестра проявляет инициативу, она контролирует выполнение этой работы, здесь она хозяйка. Кроме того, она помогает пациенту выполнить все назначения, предписанные врачом... Медсестра это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку [3, с. 74]

Работа палатной медсестры в реанимационном отделении отличается большими физическими и эмоциональными нагрузками, динамична, насыщена экстремальными ситуациями.

Работа палатной медсестры насыщена выполнением сестринских манипуляций (аспирация желудочного содержимого, инфузионная терапия, катетеризация мочевого пузыря и т.д.). И при всем этом за смену она делает множество инъекций.[1, с.362]

Большой объем разнообразных видов деятельности требует от медсестры реанимационного отделения быстроты и высокого профессионализма при осмотре больного,

принятии решения и его реанимации. Вот где максимально активизируются интегративно-деятельностный подход.

Интегративно-деятельностный подход в своей реализации объединяет подход системный, аксиологический, компетентностный, деятельностный и интегративный одновременно. Это целостный комплекс, который позволяет наиболее полно отразить компетенции медицинских работников среднего звена.

Проблемами интеграции в условиях среднего образования занимались Н.А. Берулава, Т.А. Санникова, Е.А. Уваров и др.

Реализацией интегративно-деятельностного подхода в образовании занимались М.А. Галагузова, М.Н. Гладкова, А.Я. Данилюк, Н.К. Чапаев и другие.

Таким образом, в условиях введения в образовательный процесс в медицинском колледже Федеральных государственных образовательных стандартов, ориентации на компетентностную модель образования, увеличения самостоятельной работы обучающихся требуется поиск наиболее перспективных путей решения данной проблемы, которая заключается в определении сущности и разработки педагогических условий реализации интегративно-деятельностного подхода в образовательном процессе медицинского колледжа.

Методы исследования: Теоретические (анализ философской, психолого-педагогической и методической литературы по проблеме исследования);

Эмпирические и диагностические (изучение педагогического опыта, опросные методы, анализ результатов обучающихся медицинского колледжа, педагогический эксперимент, статистические методы обработки, анализ и обобщение экспериментальных данных).

Основными предпосылками разработок новых подходов к подготовке специалистов сестринского дела являются:

—социальный заказ общества, зафиксированный в нормативных документах, регламентирующий совершенствование и развитие системы профессиональной подготовки медицинских сестер;

— зарубежный и отечественный опыт формирования компетенций медицинских работников на основе интеграции гуманитарных и медицинских дисциплин;

—изменяющиеся требования к профессиональной компетентности и профессиональной мобильности медицинских сестер;

—новые требования к медицинской сестре, которая не только должна оказывать квалифицированную медицинскую помощь пациенту, но и эффективно повышать уровень своей профессиональной подготовки с учетом быстрого изменения здравоохранения и

технических достижений; [4, с. 201] Отмеченные предпосылки обязывают выстраивать современный образовательный процесс медицинского колледжа на интегративно-деятельностной основе, взяв за основу интегративно-деятельностный подход как один из важных методологических принципов построения образовательной системы.

Глухих С. И считает, что в основу построения системы интегративно-деятельностной подготовки медицинских сестер уже заложены в определенной степени исследованные теории отечественных и зарубежных ученых.

Заключение: эффективность разработки и реализации обучения, на основе интегративно-деятельностного подхода к подготовке специалистов сестринского дела в учебном процессе медицинского колледжа будет осуществляться при:

–определения сущностных характеристик интегративно-деятельностного подхода с учетом специфики среднего медицинского образования и деятельности специалиста сестринского дела;

–выявления интегрирующих возможностей содержания основной образовательной программы учебной и учебно-производственной деятельности сестринского дела, а также обеспечения взаимосвязи и взаимосогласованности содержательных и процессуальных аспектов ФГОС;

–активизации компетентностного развивающего потенциала педагогических условий реализаций модели обучения на основе интегративно-деятельностного подхода в образовательном процессе.

разработке технологии формирования общекультурных и профессиональных компетенций в интегративной системе «образование – сестринский процесс

Литература

1. Бунятына, А. А. Справочник по анестезиологии и реанимации. – М.: Медицина, 2012.-361с.
2. Глухих, С. И. Интегративно-деятельностный подход к подготовке медицинских сестер в непрерывном профессиональном образовании [Текст]: моногр./С. И. Глухих. — Екатеринбург, 2011. —120 с. (7,5 п. л.).
3. Мухина, С.А. Тарновская И.И. «Теоретические основы сестринскогодела» М. Исток.
- 4.Сластенин, В.А. Педагогический процесс как система. - М.: Издательский дом МАГИСТР-ПРЕСС, 2000. - 488 с.

5. ФГОС среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело»; ФГОС СПО среднего профессионального образования по специальности «Сестринское дело».

УДК: 612.013.1:172 (04)

О.М. Иванова, Е.В. Чурсина

ЭТИКО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ КАТЕГОРИЙ «ЭВТАНАЗИЯ» И «КАЧЕСТВО СМЕРТИ»

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Кафедра педагогики и психологии

Резюме: человеческая жизнь настолько ценна, что любая эτικο-правовая проблема, затрагивающая ее (аборт, эвтаназия), автоматически возводится в ранг актуальных и затрагивающих мировую общественность.

Ключевые слова: эвтаназия, право, этика.

Ivanova O.M., Chursina E.V.

ETHICAL-LAW ANALYSIS OF THE «EUTHANASIA» AND «DEATH QUALITY» CATEGORIES

SBEI HPE Bashkir state medical university, Ufa

Department of Pedagogy and Psychology

Summary: human's life is so valuable, that any ethical-law problem connected with it (abortion, euthanasia), automatically converts into relevant one that concerns people all over the world.

Keywords: euthanasia, law, ethics.

Актуальность

Современная цивилизация оказалась в уникальном положении – на фоне достигнутого необычайных высот научно-технического прогресса и выхода медицины на новый уровень мы можем управлять самыми глубинными процессами своего существования, однако вместе с тем появилась возможность из тех или иных побуждений оборвать хрупкую человеческую жизнь. Так в общество пришло явление, известное нам как «эвтаназия». Сейчас под этим термином мы понимаем и врачебное вмешательство с целью ускорения смерти людей, испытывающих тяжелые страдания, и инъекцию.

Цель работы: изучить сущность эτικο-правового запрета на эвтаназию

Еще в IV веке до н.э. основоположник медицины Гиппократ в своей Клятве указал: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) также звучит категорично: «Я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои знания в ущерб нормам гуманности»^[1]. Эта позиция нашла поддержку и в конкретных документах: 25 июня 1999 года Парламентской ассамблеей Совета Европы были одобрены «Рекомендации №14/8 (1999) «О защите прав человека и достоинства терминальных больных и умирающих»», вводящие абсолютный запрет на преднамеренное лишение жизни пациента^[6].

Однако в 1987 году декларацией, принятой той же Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА), закрепляется, что «эвтаназия есть акт преднамеренного прерывания жизни пациента... Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания»^[7].

В четырех странах процедура умерщвления пациента разрешена законом. Это Нидерланды, Люксембург, Бельгия, Швеция, Швейцария и США (штат Орегон, штат Вашингтон)^[3]. В Австралии, Канаде и Германии разрешена пассивная эвтаназия (отключение пациента от системы жизнеобеспечения). В остальных странах она запрещена и приравнивается к совершению преступления.

Законодательство РФ во многом похоже на вышеупомянутую Декларацию ВМА 1987 года. Кодекс врачебной этики РФ, одобренный Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г., в части VI («Помощь больным в терминальном состоянии») гласит: «врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами»^[2].

В ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» прописана целая статья № 45, называемая «Запрет эвтаназии». Она гласит: «медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента»^[5]. Лица, осуществляющие эвтаназию или побуждающие к ней, несут уголовную ответственность по статьям 105 («Убийство»), 109 («Причинение смерти по неосторожности») и 124 («Неоказание помощи больному») Уголовного кодекса РФ^[4].

Но в том же ФЗ №323 в части третьей статьи № 20 («Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства») говорится, что «гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, ... имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения...».

С целью выяснения позиции по вопросам эвтаназии автором статьи в социальных сетях было проведено анкетирование среди 292 человек в возрастной группе от 18 до 26 лет. Предлагалось ответить на 5 пунктов:

- 1) Как Вы относитесь к эвтаназии?
- 2) Как Вы относитесь к запрету на эвтаназию в РФ?
- 3) Согласились бы вы на собственную эвтаназию?
- 4) Согласились бы вы на эвтаназию близких вам людей?
- 5) Врач, проводящий процедуру эвтаназии, - это?..

В ходе исследования были получены следующие цифры: 43% опрошенных отнеслись к эвтаназии, как к положительному явлению, помогающему облегчить страдания и всего 9% – как к преступлению, которое должно быть уголовно наказуемо. (48% затруднились с ответом).

Отношение к запрету на смертельную инъекцию было не столь однозначным - за легализацию данной процедуры высказался 51%, а 49% выступили за то, чтобы на эвтаназию было наложено табу.

Следующие два пункта наглядно продемонстрировали нежелание брать на себя ответственность за чужую жизнь: на собственную эвтаназию условно согласились 67% и отказались 19% (14% затруднились с ответом), но «умертвить» близких людей согласились всего 11% (отказалось 47%, 42% затруднились с ответом).

На вопрос о роли врача анкетированные ответили беспристрастно: лишь 8% опрошенных назвали его «убийцей», 92% же предположило, что медработник не должен нести ответственность больше той, которую возлагает на него.

На основе данного исследования можно утверждать, что за прошедшие десятилетия точка зрения людей изменилась, что, несомненно, в будущем приведет нас к улучшению не только качества жизни, но и качества смерти. Вопрос о легализации эвтаназии в РФ, конечно, так и остается открытым, но все больше человек склонно полагать, что эта процедура несет милосердие.

Борьба за продление существования больного справедлива только тогда, когда есть надежда, что спасение возможно, однако никто не вправе выбирать за него жизнь или

смерть. Эвтаназия – решение, которое может быть принято лишь **самим пациентом** на основе тщательного анализа собственного состояния. Ни близким людям, ни докторам не дозволено вмешиваться. Единственным правильным вариантом для них будет поддержка больного и помощь ему, ибо каждый на этой планете имеет право на достойный уход.

Литература

1. Иванов Ю.М., Иванова И.М., Жизнь по интуиции, М., 1994;
2. Кодекс врачебной этики РФ;
3. Мирецкая Е.И. «Проблемные вопросы легализации эвтаназии в России». Юридическая наука и практика. Выпуск №4(28)/2014;
4. Уголовный кодекс Российской Федерации;
5. ФЗ от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
6. Хрустелев Ю.М. «Эвтаназия: сущность и проблемы, взгляд в будущее». М., 2003;
7. Шейнина Е.А. «Законодательство Европы об эвтаназии: от запрета к легализации». Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. Выпуск №12/2010ю.

ФИЛОСОФИЯ И ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ.

УДК: 304.2

К.И.Лукманова

СЕМЬЯ И ЗДОРОВЬЕ

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Резюме. Цель – Рассмотреть понятие семьи в целом, ее функции, взаимоотношения ее членов и разобрать из чего складывается здоровье семьи.

Ключевые слова: семья, функции, взаимоотношения, здоровье.

K.I.Lukmanova

FAMILY AND HEALTH

Bashkir State Medical University (Ufa, the Russian Federation)

Resume: Objective - To consider the concept of the family as a whole, its functions, relationships between members, and dismantle of what constitutes family health.

Keywords: family, function, relationships, health.

Семья - организованная социальная группа, члены которой могут быть связаны брачными или родственными отношениями (а также отношениями по взятию детей на воспитание), общностью быта, взаимной моральной ответственностью и социальной необходимостью, которая обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения.

Семья принадлежит к важнейшим общественным ценностям. Каждый член общества, помимо социального статуса, этнической принадлежности, имущественного и материального положения, с момента рождения и до конца жизни обладает такой характеристикой, как семейно-брачное состояние.

Для ребёнка семья - это среда, в которой складываются условия его физического, психического, эмоционального и интеллектуального развития.

Для взрослого человека семья является источником удовлетворения ряда его потребностей и малым коллективом, предъявляющим к нему разнообразные и достаточно сложные требования. На стадиях жизненного цикла человека последовательно меняются его функции и статус в семье.

Т.к. семья это союз лиц, основанный на браке или родстве, характеризующийся общностью быта, интересов, взаимной заботой, помощью и моральной ответственностью.

Современная семья выполняет ряд функций, главными из которых являются:

1. Хозяйственно-бытовая - заключающаяся в удовлетворении материальных потребностей членов семьи (в пище, крове и т. д.), в сохранении их здоровья. В ходе выполнения семьей этой функции обеспечивается восстановление затраченных в труде физических сил.

2. Сексуально-эротическая - обеспечивающая удовлетворение физиологических потребностей супругов.

3. Репродуктивная -- обеспечивающая рождение детей, новых членов общества.

4. Воспитательная - состоящая в удовлетворении индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве; в контактах с детьми и их воспитании; в том, что родители могут «реализоваться» в детях.

5. Эмоциональная - заключающаяся в удовлетворении потребностей в уважении, признании, взаимной поддержке, психологической защите. Данная функция обеспечивает эмоциональную стабилизацию членов общества, содействует сохранению их психического здоровья.

6. Духовного общения - состоящая во взаимном духовном обогащении.

7. Первичного социального контроля - обеспечивающая выполнение социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в силу различных обстоятельств (возраст, заболевание и т. п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в полном соответствии с социальными нормами.

С течением времени происходят изменения в функциях семьи: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями. Качественно изменилась функция первичного социального контроля: она заключается больше не во власти отца семейства над нижестоящими членами семьи, а в той мотивации к труду и достижениям, которую порождает семья. Повысился уровень терпимости к нарушениям норм поведения в сфере брачно-семейных отношений (рождение внебрачных детей, супружеские измены и т. п.). Развод перестал рассматриваться как наказание за недостойное поведение в семье.

Семейные отношения имеют большое значение для здоровья людей. Благоприятный морально-психологический климат семьи положительно сказывается на здоровье ее членов. Статистика свидетельствует, что в таких семьях люди меньше болеют и дольше живут. По некоторым источникам, у членов таких семей в несколько раз ниже заболеваемость

туберкулезом, циррозом печени и диабетом, чем в неблагополучных семьях и среди одиноких.

В то же время в семье, где кто-то из ее членов подвержен наркомании и алкоголизму, создаются тяжелые условия жизни, особенно для детей. Обстановка в семье тяжело ранит их психику и часто вызывает различные расстройства.

Человек становится личностью в обществе других людей. Формируясь как личность, человек проходит через процесс социализации, который позволяет усвоить идеологию и мораль, нравственные ценности и нормы поведения в обществе, в котором он живет. Процесс социализации продолжается практически всю жизнь, но особенно он интенсивен у детей, подростков и юношей. Основными институтами социализации являются семья и школа, а конкретными носителями усваиваемых норм и правил выступают родственники, воспитатели, педагоги, сверстники, окружающие взрослые. Последующая профессиональная деятельность также оказывает социализирующее воздействие на человека, из чего следует, что процесс формирования личности никогда не останавливается.

2. Здоровье семьи зависит от множества факторов. Какой образ жизни ведет семья, такое и здоровье этой семьи. Необходимо воспитывать полезные привычки и избавляться от вредных, приучая своих детей с ранних лет вести здоровый образ жизни. В свою очередь, наши дети приучат своих детей заботиться о своем здоровье. Результат здорового образа жизни скажется на всех членах семьи. И внешность станет лучше, , дети будут меньше болеть, будут активны.

В основе здоровья, несомненно, лежит здоровое рациональное питание. В семье здоровье начинается именно с того, что мы едим. Какие вещества поступают в наш организм и кровью разносятся ко всем органам, так и работать будет каждая система нашего организма. В периоды эпидемий и холодную сырую погоду. Больше внимание уделяется профилактике и включая в рацион лимоны, чеснок, клюкву, шиповник, сохраняется здоровье семьи.

Активный образ жизни

Движение – жизнь, известная всем фраза. И это не просто слова, это действительно так. Малоподвижный образ жизни приводит к застойным явлениям и нехватке кислорода в органах. Поэтому с малых лет нужно приучать своих детей к элементарной зарядке.

Необходимо общее время препровождение к примеру на природе: летом прогулки по паркам и ли умеренная работа на даче, зимой прогулки по лесу или катание на лыжах, прогулки . Пусть дети посещают спортивные кружки, занимаются плаванием. Самое главное как можно меньше времени проводить за компьютером и телевизором.

Здоровье семьи и гигиена.

Грязные руки, немытые фрукты – источник различных инфекций. Здоровье семьи и соблюдение правил гигиены неразрывно связаны друг с другом. Это прописные истины, но соблюдение гигиены обязательное условие поддержания здоровья всех членов семьи. Нужно приучать детей с самого раннего возраста мыть руки перед едой, и после прогулки на улице.

Чистота и уют в доме не только укрепят здоровье семьи, но и сплачивает всех членов семьи.

Другие составляющие здоровой семьи

Психоэмоциональное состояние в семье – это один из главных критериев здоровья. Дети, которые выросли и воспитаны в любви намного здоровее тех, кому не хватило семейного тепла, внимания, понимания. Родители часто кричат на своих детей, требуют от них того, что они еще не могут или не понимают. Бывает так, что часто болеющий ребенок, попадая в другую атмосферу, отличную от той, которая царит в его семье, быстро идет на поправку.

Стрессы сильно ослабевают иммунитет, приводят к желудочно-кишечным и сердечно-сосудистым заболеваниям. Без стрессов не обойтись, но надо свести их к минимуму, а детей стараться и вовсе от них оградить. Вредные привычки, такие как курение, злоупотребление алкоголем, не говоря уже о наркотиках, несут непоправимый ущерб здоровью. Дети часто перенимают от родителей не только хорошее, но и плохое. В семье, где все члены ведут здоровый образ жизни вероятнее всего здоровье детей будет в полном порядке. Необходимо распределять правильно свое время: и поработать в меру и отдохнуть для восполнения сил.

В научной литературе синонимами понятия «психологический климат семьи» являются «психологическая атмосфера семьи», «эмоциональный климат семьи», «социально-психологический климат семьи». Следует отметить, что строгого определения этих понятий нет. Например, О. А. Добрынина под социально-психологическим климатом семьи понимает её обобщённую, интегративную характеристику, которая отражает степень удовлетворённости супругов основными аспектами жизнедеятельности семьи, общим тоном и стилем общения.

Психологический климат в семье определяет устойчивость внутрисемейных отношений, оказывает решительное влияние на развитие, как детей, так и взрослых. Он не является чем-то неизменным, данным раз и навсегда. Его создают члены каждой семьи и от их усилий зависит, каким он будет, благоприятным или неблагоприятным и как долго продлится брак. Так для благоприятного психологического климата характерны следующие признаки: сплочённость, возможность всестороннего развития личности каждого её члена,

высокая доброжелательная требовательность членов семьи друг к другу, чувство защищённости и эмоциональной удовлетворённости, гордость за принадлежность к своей семье, ответственность. В семье с благоприятным психологическим климатом каждый её член относится к остальным с любовью, уважением и доверием, к родителям - ещё и с почитанием, к более слабому - с готовностью помочь в любую минуту. Важными показателями благоприятного психологического климата семьи являются стремление её членов проводить свободное время в домашнем кругу, беседовать на интересующие всех темы, вместе выполнять домашнюю работу, подчёркивать достоинства и добрые дела каждого. Такой климат способствует гармонии, снижению остроты возникающих конфликтов, снятию стрессовых состояний, повышению оценки собственной социальной значимости и реализации личностного потенциала каждого члена семьи. Исходной основой благоприятного климата семьи являются супружеские отношения. Совместная жизнь требует от супругов готовности к компромиссу, умения считаться с потребностями партнёра, уступать друг другу, развивать в себе такие качества, как взаимное уважение, доверие, взаимопонимание.

Когда члены семьи испытывают тревожность, эмоциональный дискомфорт, отчуждение, в этом случае говорят о неблагоприятном психологическом климате в семье. Всё это препятствует выполнению семьёй одной из главных своих функций - психотерапевтической, снятия стресса и усталости, а также ведёт к депрессиям, ссорам, психической напряжённости, дефициту в положительных эмоциях. Если члены семьи не стремятся изменить такое положение к лучшему, то само существование семьи становится проблематичным.

Психологический климат можно определить как характерный для той или иной семьи более или менее устойчивый эмоциональный настрой, который является следствием семейной коммуникации, то есть возникает в результате совокупности настроения членов семьи, их душевных переживаний и волнений, отношения друг к другу, к другим людям, к работе, к окружающим событиям. Стоит отметить, что эмоциональная атмосфера семьи является важным фактором эффективности функций жизнедеятельности семьи, состояния её здоровья в целом, она обуславливает стабильность брака.

Многие западные исследователи считают, что в современном обществе семья утрачивает свои традиционные функции, становясь институтом эмоционального контакта, своеобразным «психологическим убежищем». Отечественные учёные также подчёркивают возрастание роли эмоциональных факторов в функционировании семьи.

В. С. Торохтий говорит о психологическом здоровье семьи и о том, что этот «интегральный показатель динамики жизненно важных для неё функций, выражающий качественную сторону протекающих в ней социально-психологических процессов и, в частности, способность семьи противостоять нежелательным воздействиям социальной среды», не тождествен понятию «социально-психологический климат», которое в большей степени применимо для групп (в том числе малых) разнородного состава, чаще объединяющих своих членов на основе профессиональной деятельности и наличия у них широких возможностей выхода из группы и т. д. Для малой группы, имеющей родственные связи, обеспечивающие устойчивую и длительную психологическую взаимозависимость, где сохраняется близость межличностных интимных переживаний, где особо значимо сходство ценностных ориентации, где одновременно выделяется не одна, а ряд общесемейных целей, и сохраняется гибкость их приоритетности, адресности, где главным условием её существования является целостность - более приемлем термин «психологическое здоровье семьи».

Психологическое здоровье - это состояние душевного психологического благополучия семьи, обеспечивающее адекватную их жизненным условиям регуляцию поведения и деятельности всех членов семьи. К основным критериям психологического здоровья семьи В.С. Торохтий относит сходство семейных ценностей, функционально-ролевую согласованность, социально-ролевую адекватность в семье, эмоциональную удовлетворённость, адаптивность в микросоциальных отношениях, устремлённость на семейное долголетие. Эти критерии психологического здоровья семьи создают общий психологический портрет современной семьи и прежде всего характеризуют степень её благополучия.

Литература

1. «Прозрение», Н.Н. Острожная, О.П. Мазурова.
2. Все о здоровом образе жизни. Ридерз Дайджест 1998г
3. Шаталова Г.С. Философия здоровья. М, 1997.
4. И.П. Березин, Ю.В. Дергачев. Школа здоровья.

УДК 241:294.527

Р. Р. Ахиярtdинова, З. И. Шаехова

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЙОГИ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Цель данной работы - раскрытие этических принципов йоги и их роли в системе йоги как таковой. А также попытка ответить на вопрос, что этика йоги может дать современному человеку, вне зависимости от того, практикует он йогу или нет. В работе раскрыты основные этические принципы йоги, представлена их классификация. Показано, что в системе йоги у этики подчинённое положение. В то же время этика йоги вполне самодостаточна и может быть особенно полезна для современного общества, во многом утратившего нравственные ориентиры.

Ключевые слова: йога, этика, яма, нияма.

R. R. Akhiyartdinova, Z. I. Shaehova

ETHICAL PRINCIPLES OF YOGA

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Despite the fact that the history of yoga dates back several thousand years, today is very popular. However, the ethical aspects of yoga have been studied much less than practical. The purpose of this work - the disclosure of the ethical principles of yoga and their role in the system of yoga itself. As well as an attempt to answer the question of what yoga ethics can give to modern man, regardless of whether he is practicing yoga or not. The paper disclosed the basic ethical principles of yoga, their classification. It is shown that in the yoga system in ethics subordinate position. At the same time, yoga ethics is quite self-sufficient and can be especially useful for a modern society, is largely lost its moral compass.

Keywords: Yoga, ethics, yama, niyama.

Актуальность: Несмотря на то, что история йоги насчитывает несколько тысячелетий, сегодня она очень востребована. Классическая йога имеет в своей основе этику, философию и психотехнику. Этика является очень важной частью йоги и представляет собой систему моральных принципов, на которых строится вся практика классической йоги. Однако этические аспекты йоги изучены гораздо меньше, чем практические, в связи с чем мы и решили посвятить им данное исследование.

Цель исследования: раскрытие этических принципов йоги и их роли в системе йоги как таковой. А также попытка ответить на вопрос, что этика йоги может дать современному человеку, вне зависимости от того, практикует он йогу или нет.

Материалы и методы: философские и теоретические методы исследования – анализ и синтез, индукция, дедукция, диалектический метод. Материалами для данной работы послужили, в первую очередь, работы С. Р. Аблеева, С. Дасгупты и М. Элиаде.

Йога — это состояние или процесс расширения сознания с помощью духовно-телесной практики, целью которой служит достижение **Единства с Абсолютом**. Идеал жизни йогина заключается в устранении неведения, в реализации истинной природы и в конечном итоге, в освобождении души от связи с материей [4, с. 287].

Согласно «Йога-сутрам» Патанджали, процесс освобождения сознания йогина от власти материи включает восемь ступеней:

1. Самоконтроль (яма);
2. Соблюдение духовных предписаний (нияма);
3. Йогические позы (асаны);
4. Регулирование дыхания (пранаяма);
5. Отвлечение органов чувств (пратьяхара);
6. Фокусирование внимания и концентрация (дхарана);
7. Созерцание (дхьяна);
8. Сосредоточение (самадхи).

Первая и вторая ступени йоги преимущественно направлены на развитие этических принципов человека [1, с. 86].

Ступень «Яма»

Первые пять драгоценностей называются **Яма**. Это слово, которое буквально переводится как «ограничения». Яма включает отказ от насилия, правдивость, неприсвоение чужого, воздержанность и нестяжание [8, с. 54].

Ахимса, ненасилие (отказ от насилия), — первая драгоценность [8, с. 76]. Этот принцип учит нас жить мирно, делиться тем, что имеешь, и делать все, что хочешь, не нанося при этом ущерба другим или самому себе. Суть ахимсы состоит в непричинении вреда любым живым существам, отказе от убийства, причинения страданий и принуждения в трех планах - мысли, слова и действия. В самых экстремальных вариантах ахимсы диктует вегетарианство, отказ от ношения изделий из кожи и меха, а также использование особых приспособлений, препятствующих случайной гибели мелких живых существ.

Сатья, правдивость, — вторая драгоценность. Означает внутреннюю правдивость, честность во всем: (в мыслях, словах, поступках), неперенное исполнение своих обещаний и обязанностей. Находясь в неразрывной связи с первым принципом, правдивость мешает отказу от насилия быть просто беспомощной отговоркой, в то время как отказ от насилия мешает правдивости быть жестоким оружием. И когда между ними возникает конфликт, правдивость уступает отказу от насилия. Главное — не причинить вреда.

Астея, неприисвоение чужого, — третья драгоценность, направляет в нужное русло попытки и желания человека искать удовлетворения вовне. Астея запрещает любые формы злоупотреблений. Ведь неправомерное обладание чужой собственностью причиняет боль другому человеку, что также является нарушением Ахимсы и делает невозможным духовное развитие [8, с. 77]. Астея - это допущение лишь того, что существенно для поддержания жизни. Все остальное - жадность.

Брахмачарья, воздержанность, — четвертую драгоценность многие интерпретируют как безбрачие, или воздержание. Буквальное значение — «идти с Богом». Браhmачарья — это воздержание от любых чувственных удовольствий. Это может быть вкусная еда, интересная книга, захватывающий фильм и другие. Все то, от чего человек получает удовольствие.

Апариграха, нестяжание, — пятая драгоценность. Она близка астее, хотя между ними существует небольшое различие. Этот принцип напоминает, что привязанность к людям и материальным объектам только пригибает человека и делает жизнь тяжелым и неутешительным опытом [8, с. 78]. Париграха (чувство собственности) - вот истинная причина жадности. Это жажда внимания и признания, стремление завладеть собственностью других людей и желание получить вознаграждение. Апариграха предполагает непринятие подарков если они представляют собой предмет роскоши, вид взятки или манипуляции.

Ступень «Нияма»

Последние пять драгоценностей называются Нияма, или «соблюдение», и включают чистоту, удовлетворенность, самодисциплину, самопознание и приятие [8, с. 54].

Шауча, чистота, — шестая драгоценность, приглашение очистить тела, отношения и действия. В узком смысле под чистотой внешней понимается соблюдение правил личной гигиены, чистоплотность, опрятность, а также чистота и порядок в жилье, на рабочем месте, в окружающей природе. К чистоте внутренней относится состояние здоровья, очистительные процедуры, качество пищи.

Сантоша, удовлетворенность, — седьмая драгоценность, которую нельзя найти. Удовлетворенность йогин может найти, только если он будет принимать и ценить то, что у

него есть сейчас. Все что бы ни случилось в жизни следует воспринимать с благодарностью, ведь, может быть, это самое лучшее из того, что человек по-настоящему заслужил, так как неизвестна его предыстория.

Тапас, самодисциплина, — восьмая драгоценность, буквально означает «жар». Этот термин можно также перевести как самоограничение. Тапас в йоге – это усилия, направленные на осуществление лучших действий, на которые ты способен в настоящий момент. Буквальным смыслом тапаса является очищение тела в результате действия внутреннего огня. Высокий уровень внутреннего огня поддерживает регулярная и настойчивая практика асан.

Свадхьяя, самопознание, — девятая драгоценность. Это стремление познать себя и мотивы своих поступков [8, с. 88]. В конечном счете этот принцип приглашает нас освободиться от ложного и ограничивающего восприятия самого себя, навязанного нашим эго, и познать истину нашего Божественного «Я».

Ишвара-пранидхана, приятие, — десятая драгоценность напоминает, что жизнь лучше знает, что нужно делать. Ишвара - некий первичный порядок мира, который сам по себе пассивен и безличен, пранидхана – устремление.

Выводы. В современном мире сосуществует и развивается множество самых различных направлений и разновидностей йоги, - как в рамках древней индуисткой традиции, так и достаточно новых. Не смотря на то, что в системе йоги у этики подчинённое положение, всё возрастающая популярность йоги, вероятно, не в последнюю очередь объясняется высокими этическими идеалами, лежащими в её основе. На наш взгляд, этика йоги вполне самодостаточна и может быть весьма полезна для современного общества, во многом утрачивающего былые нравственные ориентиры.

Литература

1. Аблеев С. Йога. Мистическая философия и духовная практика освобождения в классической индийской йоге. М.: Амрита-Русь, 2004. 256с.
2. Авидья [Электронный ресурс]/ Андросов, Валерий Павлович. Индо-тибетский буддизм: Энциклопедический словарь. М., 2011, С. 96. <http://vbuddisme.ru/wiki/%D0%90%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D1%8C%D1%8F/> (дата обращения : 18.03.2016)
3. Брахмачарья [Электронный ресурс]\ Радхакришнан, Сарвепалли. Индийская философия. М, 1956. — Т. 1.

<https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BC%D0%B0%D1%87%D0%B0%D1%80%D1%8C%D1%8F> (дата обращения 19.03.2016)

4. Дасгупта С. Философия йоги и ее отношение к другим системам индийской мысли. М.: Наука, 2008. 352с.

5. Патанджали Йога [Электронный ресурс] / Антология переводов Йога Сутр Патанджали: <http://hanuman.ru/yentsiklopediya-yogi/stili-yogi/patandzhali-yoga> (дата обращения: 18.03.2016)

6. Элиаде М. Йога. Свобода и бессмертие. Пер. с англ. К.: «София», 2000. 400 с.

7. Яма – Нияма [Электронный ресурс] \ YogaLib.ru - электронная библиотека по йоге: <http://samadhy.ru/praktika-iogi/iama-niama.html> (дата обращения 20.03.2016)

8. Яма и Нияма: Исследование этических основ практики йоги / Перев. с англ. М.: ООО Издательство «София», 2014. 192 с.

УДК 376.112.4

Э.И. Бажанова

**РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ
ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: В данной статье раскрывается профессионально-ролевой репертуар социального работника в инклюзивном образовании детей с расстройствами аутистического спектра, а также на основе анализа зарубежной и отечественной литературы составлен список должностных обязанностей социального работника в образовательном процессе.

Ключевые слова: социальная работа, инклюзивное образование, расстройства аутистического спектра.

E.I. Bazhanova

**THE ROLE OF SOCIAL WORKER IN THE INCLUSIVE EDUCATION OF
CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

**Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work
Bashkir State Medical University (Ufa)**

Resume: This article reveals the PRO - role repertoire of social worker in the inclusive education of children with autism spectrum disorders, as well as on the basis of the analysis of foreign and domestic literature compiled a list of duties of the social worker in the educational process.

Key words: social work, inclusive education, autism spectrum disorders.

Актуальность исследования определяется социальным заказом общества на подготовку социальных работников к работе с учащимися с расстройствами аутистического спектра в условиях инклюзивного образования, обладающих определенными профессиональными и личностными качествами необходимыми для данной работы.

Цель исследования состоит в том, чтобы проанализировать и объяснить роль социального работника в качестве посредника в инклюзивном образовании с детьми с расстройствами аутистического спектра и составить список должностных ролей, которые он выполняет в процессе работы.

Материалы и методы: изучение зарубежного и отечественного опыта внедрения инклюзивного образования.

Реформы в области образования в Российской Федерации имеют все более гуманистическую направленность. Изменения связаны с расширением доступности образования для детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья. В федеральном законе «Об образовании» зафиксировано право детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на специальные образовательные условия и введено понятие инклюзивного образования — «обеспечения равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей». [1].

Получение лицами с ограниченными возможностями здоровья образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. И в этом ему должны оказать содействие команда специалистов.

Согласно исследованиям Л.С. Алексеевой, Н.Н. Малофеева, В.И. Ширинского, успешному формированию инклюзивной образовательной среды в образовательном учреждении служит четко организованная и хорошо отлаженная инфраструктура специализированной психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ, участие в образовательном процессе специалистов в сфере общей и специальной педагогики, педагогов-психологов, учителей-логопедов, медицинских работников и социальных работников.

В нашей статье анализируется (рассматривается) роль социального работника в инклюзивном образовании на примере работы с детьми с расстройствами аутистического спектра.

По последним данным исследований, проведенных в США, уровень распространения аутизма среди детей от 3 до 17 лет – 2%. Таким образом, расстройство аутистического спектра диагностировано у 1 ребенка из 45. Данные основаны на недавно опубликованных результатах Национального интервью о здоровье, проведенного в 2014 году. В России такая статистика отсутствует и не ведется. В Республике Башкортостан мы можем опираться на статистику Министерства образования, которое ежегодно проводит мониторинг образовательных учреждений и согласно их данным на 2015 год в городе Уфа 308 детей с расстройствами аутистического спектра посещают образовательные учреждения. Из них 141 обучаются в коррекционных учреждениях, 63 посещают дошкольные образовательные

учреждения, 44 обучаются на дому, 43 – в обычных школах и 17 не охвачены образованием. Таким образом, можно сделать вывод, что на сегодняшний день в Российской Федерации уделяется недостаточное внимание проблеме аутизма и, соответственно данная категория детей не в полной мере может реализовать свое право на образование, социальную защиту и реабилитацию. [3]

Учащийся, ребенок с расстройством аутистического спектра требует особого подхода как со стороны учителей, так и социальных работников. Специалисты должны учитывать, что в настоящее время аутизм рассматривается как особый тип нарушения психического развития. У всех детей с аутизмом нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков. Общими для них являются аффективные проблемы и трудности становления активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, которые определяют их установки на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность собственного поведения.[2]

Для реализации права ребенка с ОВЗ на образование в современных условиях требуется подготовка конкурентоспособных специалистов в области социальной работы, обладающих высоким уровнем умений и навыков в области инклюзивного образования и знаний в области РАС, а так же, обладающих творческим потенциалом.

Для того, чтобы составить профессионально-ролевой репертуар социального работника в области инклюзивного образования детей с расстройствами аутистического спектра, необходимо рассмотреть цели и функции деятельности социального работника в общем.

Согласно Кузиной И.Г. главной целью социальной работы являются социальные изменения, позволяющие группе или личности удовлетворять потребности в поддержании и воспроизводстве оптимальных условий существования и развития, помочь реализовать потенциал человека. Павленок П.Д. считает, социальная работа — это деятельность, причем профессиональная, направленная на оказание помощи людям, нуждающимся в ней (находящимся в трудной жизненной ситуации), не способным без посторонней помощи решить свои жизненные проблемы, а во многих случаях и жить. [4], [5]

Данные определения объясняют причину возникновения социальной работы в инклюзивном образовании, так как и дети с расстройствами аутистического спектра нуждаются в помощи. В инклюзивном образовательном процессе основное внимание уделяется социальному работнику в качестве посредника между интересами учащихся с ограниченными возможностями здоровья и факторами окружающей среды, которые влияют на их социальное функционирование.

Проанализировав зарубежную литературу, нами был составлен список профессиональных должностных обязанностей социального работника в инклюзивном образовании. К должностным обязанностям мы отнесли:

1. Социальный работник должен помогать учащимся с ограниченными возможностями здоровья, путем выяснения их образовательных потребностей. Социальный работник должен иметь доступ к ресурсам, которые могут решать потребности учащихся с ограниченными возможностями здоровья.
2. Социальный работник должен стать помощником, партнером ребенку в улучшении образовательных результатов.
3. Социальный работник должен вселять уверенность в ребенка с ограниченными возможностями здоровья.
4. Социальный работник должен выявить сильные стороны в обучении у ученика с ОВЗ и опираться на них в образовательном процессе.

В своей профессиональной деятельности социальный работник в инклюзивном образовании выполняет несколько ролей. Во первых, поставщик услуг, где в его обязанности входит индивидуальное разрешение проблем, проведение семейной терапии, групповая терапия, распространение информации о заболевании. Во вторых, социальный работник выступает в качестве связующего звена, кейс-менеджера, медиатора и осуществляет посредничество между ребенком, семьей, школой, муниципальными и государственными организациями, благотворительными фондами. В третьих, он выступает в качестве разработчика системы индивидуального развития, т.е. индивидуально на каждого ребенка социальным работником составляется программа социальной адаптации. В четвертых, ему необходимо исследовать, выяснять различные (образовательные, социальные, медицинские) потребности ученика с ограниченными возможностями здоровья, и по мере возможности их удовлетворять. В пятых, социальный работник выполняет роль «администратора системы», т.е. организует процесс оказания помощи совместно с командой специалистов, и выступает в роли консультанта.

Таким образом, профессионально-ролевой репертуар социального работника в инклюзивном образовании включает в себя множество должностных обязанностей. Инклюзивная образовательная среда требует от специалистов высокого уровня

профессиональной компетентности, свободного владения своей профессией и ориентацией в смежных областях деятельности, готовности к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности. и знаний особенностей расстройств аутистического спектра.

Литература

1. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) "Об образовании в Российской Федерации"
2. Агаева А.Б., Баранова И.О. Организация работы группы кратковременного пребывания для детей с расстройствами аутистического спектра // Сибирский вестник специального образования - №2 – 2015
3. Исследование. Аутизм у одного из 45 – новые данные о распространенности РАС. // Фонд содействия решению проблем аутизма в России 15. 11.2015. Режим доступа www.outfund.ru (дата обращения 24.03.2016)
4. Кузина И.Г. Теория социальной работы: учебное пособие // ООО «ПРОСПЕКТ» - электронная версия книги – 2015.
5. Павленок П.Д. Технологии социальной работы с различными группами населения : учебное пособие // Инфра – М, 2009.

УДК 159.9.016

Е.В. Фазылова , Г.Б. Байрамгулова

**ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЯ К ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ
КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы.**

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия).

Резюме: В данной работе мы изучили проблему взаимоотношений пациентов разного социального статуса и медицинских работников. Было проведено исследование целью которого было выявление особенностей отношения медицинского персонала к различным слоям общества и сделан следующий вывод: в целом, средний медицинский персонал относится к пациентам из сельской местности хуже, чем к городским; такой же вывод можно сделать о разнице в отношении к пациентам из общей палаты и платной. В соответствии с этим, необходимо систематически проводить беседы со средним медицинским персоналом по поводу гуманного отношения к пациентам, материальное состояние которых не позволяет пользоваться дорогостоящими медицинскими услугами (платная палата, дорогие лекарства и прочее) так как такие беседы помогут избежать большого количества конфликтов "пациент-медсестра/медбрат", основанных на коммерциализации медицинских услуг.

Ключевые слова: справедливость, социальный статус, жизнь

E.V. Fazylova , G.B. Bayramgulova

Ethical issues related to patients in the commercialization of health care

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work.

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia).

Abstract: In this work we studied the problem of relations between patients of different social status and health-care workers. Conducted a survey among patients and honey. staff GBUZ RB Baimak Central hospital. After some investigation, the purpose of which was to determine the attitudes of medical personnel to various sectors of society, we have made the following conclusion: it is necessary to systematically conduct interviews with nursing staff regarding the humane treatment of patients, the material condition which does not allow to use expensive medical services (paid house, expensive drugs, etc.). We believe that some nurses treat patients from villages worse than the city; the same conclusion can be drawn about the difference in attitude to patients from the

General ward and pay. We hope that preventive discussions will help to avoid a large number of conflicts "patient-nurse/nurse", based on the commercialization of medical services.

Keywords: justice, social status, life

Актуальность: Изучение проблемы отношения медицинского персонала к пациентам с разным социальным статусом является актуальным вопросом в условиях современной коммерциализации медицинского обслуживания. Официально медицина в нашей стране бесплатна и доступна для всех граждан. Однако на практике мы часто встречаемся с такими ситуациями, когда эта бесплатность оказывается фиктивной, так как не гарантирует людям безопасной, эффективной и гуманной медицинской помощи. Равноправие слоев общества должно гарантироваться системой здравоохранения на государственном уровне, но и на уровне каждого медицинского работника такое отношение должно быть связано с моральными принципами и этикой взаимоотношений медицинский работник-пациент.

Цель исследования: выявление особенностей отношения среднего медицинского персонала к пациентам с разным социальным статусом.

Методы исследования: изучение этической, философской и медицинской литературы по теме исследования, анкетирование пациентов и медицинского персонала ГБУЗ РБ Баймакская центральная больница.

Равенство прав или рыночный подход?

Медицинская биоэтика рассматривает проблемы взаимоотношений пациент-лечащий врач-медицинская сестра. Проблема «Медицинский работник – общество – пациент». Под обществом подразумевается организация здравоохранения. Этот вопрос наиболее остро касается проблем «справедливости» и его невозможно рассматривать без этического аспекта.

Справедливость в здравоохранении – это равные права для всех пациентов, независимо от социального статуса уровня обеспеченности. В данной ситуации недопустим рыночный подход, который нарушает главное право человека на охрану здоровья, на жизнь, на личную свободу. Равноправие слоев общества должно гарантироваться системой здравоохранения на государственном уровне. Отсутствуют эффективные законы, охраняющие здоровье населения, формирующие экономическую и правовую мотивацию [1]. Данную проблему можно разрешить, создав «базисное» медицинское обеспечение для каждого члена общества. Однако пластическая хирургия не будет считаться «базисной», следовательно, ее оплата будет самостоятельной. С такой точкой зрения сложно не согласиться, поскольку она является наиболее справедливой и честной.

В России подобные проблемы справедливости возникают и всегда будут возникать социальными расслоениями общества и низким бюджетным уровнем обеспеченности всех областей медицины. Таким образом, за большинство «базисных» медицинских услуг пациентам приходится платить из своего кармана, что противоречит положениям действующего законодательства «О медицинском страховании граждан РФ» от 1991-1993 гг. на этот счет в России наблюдается самая худшая обстановка по сравнению с другими странами мира.

Следует отметить, что ситуация, сложившаяся в нашей стране, является недопустимой и требует немедленного разрушения. Справедливость в здравоохранения должна рассматриваться не только на уровне медиков и философов, но также юристами, политологами и экономистами. Нужно иметь ввиду, что только совместный комплексный подход и включение всех областей государственной власти в решении проблемы смогут дать заметные результаты, которые приведут к стабилизации в системе здравоохранения.

Результаты проведения опроса студентов и медицинского персонала.



Рисунок 1. Отличается ли отношение медицинского персонала к пациентам с разным социальным положением?

В результате проведения исследования было выявлено: респонденты, находящиеся в платных палатах считают, что отношение мед. персонала к ним отличное(91%), хорошая(9%); качество оказания мед. услуг – хорошее(87%), отличное(3%), удовлетворительное(10%), скорость выполнения мед. процедуры – удовлетворительная (75%), оставляет желать лучшего(25%). Пациенты, находящиеся в общей палате посчитали, что отношение мед. персонала к ним удовлетворительное(67%), хорошее(17%), отличное(13%), неудовлетворительное(3%); качество оказания мед. услуг – хорошее(51%),

отличное(7%), удовлетворительное(37%), неудовлетворительное(5%); скорость выполнения мед. процедуры – удовлетворительная (88%), оставляет желать лучшего(12%).

По мнению медицинского персонала отзывчивость к пациентам общей и платной палат отличная (97,3%), хорошая (2,7%) качество оказываемых услуг отличное (73%), хорошее(27%); оценка ответственности при выполнении медицинской процедуры – «3» (57%), «4»(43%); отношение пациентов к мед. персоналу – «5»(67%), «4»(23), «3»(10%).

При сравнение результатов анкетирования среднего медицинского персонала и пациентов стационара, мы пришли к следующим выводам:
 -медицинский персонал считает, что относится ко всем пациентам одинаково и, в большинстве случаев, выполняет свои обязанности хорошо;
 -пациенты, размещённые в платных палатах, полагают, что медицинский персонал относится к ним отлично и также отлично выполняет свои обязанности;
 -половина пациентов стационара из общей палаты довольны оказываемыми им услугами; другая половина считает, что необходимо повысить уровень отзывчивости и любезности медицинского персонала. Так же встречались случаи хамства и невежества со стороны медсестёр.

Мы считаем, что проведение профилактических бесед улучшит отношение медицинского персонала к пациентам, сократит случаи жалоб пациентов на медперсонал и повысит их уровень работы

Литература

1. Азаматов Д. М, Храмова К. В. Социальные риски и здоровье нации. Здоровье как социально-философская проблема: сборник статей Всеросс. научно-практ. конференции. Вып. 7. Уфа, РИЦ БашГУ, 2013. С. 15-20.
2. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний . «Этюды критической медицины». Т. 4. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ,1998.
3. Сайт «медицинская-сестра.рф». Раздел: этика и деонтология. Статья от 8.02.16.
4. Сидоров П.И. Правовая ответственность медицинских работников: Учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2004.

УДК: 165.612

Д.А. Балдыбаева, Е.В.Волкова

ВЕРА КАК ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: Гностики твердят, что человек не может сделать шага без знания, однако, наше исследование показало обратное: большинство людей во многих сферах своей жизни опираются исключительно на веру.

Ключевые слова: гносеология, вера, познание, экономия мышления.

Baldybaeva D.A., Volkova E.V.

FAITH AS AN EPISTEMOLOGICAL PHENOMENON

Department of philosophy and socio-humanities with course of social work.

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Gnostics assert that people can't make a step without the knowledge, however, our survey showed the opposite: the majority of people in many areas of their lives based solely on faith.

Keywords: epistemology, faith, knowledge, economy thinking.

Актуальность: В последнее время все больше возрастает интерес к проблемам веры и её влиянию на все стороны человеческой жизни. Вопросы о природе веры, ее основаниях, источниках возникновения, ее трансформации и воздействии принадлежат к числу наиболее значимых для существования человека и общества.

Цель исследования: Целью нашего исследования было изучение веры как гносеологического феномена.

Материалы и методы: провели социологический опрос. Было опрошено 30 студентов БГМУ. Так же провели обзор ранее опубликованной литературы.

Результаты и обсуждение: вера как гносеологический феномен изучалась как западными эпистемологами и религиоведами – Б. Расселом, Л. Витгенштейном, Г. Райлом, Э. Куинтоном, Я. Хинтикки, Р. Аккерманом, Д. Армстронгом, Г. Ленцем, П. Вайнгартнером, Д. Фитчем, так и отечественными: М.Т. Андрющенко, И.Т. Касавиным, В.А. Лекторским, Л.А. Микешиной, В.В. Митюговым, М.А. Розовым. [2]

Мы провели социологический опрос, благодаря которому постарались определить степень заинтересованности и просвещенности людей на эту тему. Свыше 63% опрошенных под верой понимают нечто, связанное с религией, в то время как это лишь одна грань значения данного слова. Имеет ли место вера в жизни человека, который далек от религии? Да, безусловно. Вера-костяк нашей повседневной деятельности. Ни одно наше начинание, ни одно решение не случается, пока мы не поверим в конечный результат, в свои силы, в необходимость совершения какого-либо действия. Большинство людей понимают под верой исключительно веру в божество, в высшие силы, забывая о других формах веры: веры в людей, веры в будущее, веры в себя и т.д. «Кто в силах пробудить веру, – писал Э. Гуссерль, – кто в силах заставить понять величие какой-либо цели и воодушевиться ею, тот без труда сыщет силы, которые бы пошли в этом направлении» [2]. Как писал Карлейль Томас: «Самое страшное неверие — это неверие в себя.»[3]. И мы видим подтверждение его словам на каждом этапе своей жизни: ребенок начинает ходить, потому что верит, что сможет делать это так же, как его родители; спортсмен едет на соревнования, потому что верит, что сможет победить или получить бесценный опыт; выпускник подает документы на поступление в ВУЗ, потому что верит, что там он получит знания, которые позволят ему зарабатывать на жизнь. Адекватная оценка своих способностей и вера в возможность самореализации помогают людям раскрывать свои таланты. Максим Горький писал: «Талант- это вера в себя, в свою силу...» [1]. Между тем, о важности веры в себя задумываются меньше 10% опрошенных, то есть, большинство людей просто не замечают, как опираются на веру, принимая решения. Альберт Эйнштейн считал: «Лучше верить, чем не верить, потому что с верой всё становится возможным». Так какова же роль веры в познании? Более 71% опрошенных считают, что вера помогает в познании. Действительно, вера разделяет область познаний на «возможное» и «невозможное». Если человек не верит в возможность существования вечного двигателя, он не станет заниматься его разработкой. До начала XX века объем накопленных человечеством знаний удваивался каждые 100 лет. Теперь же суммарный объем человеческих знаний удваивается каждые два-три года. [4] Никто не способен изучить все научные статьи, исследования и открытия, проанализировать их и сделать для себя выводы. Каждый из нас выбирает лишь определенную ограниченную область познания, в которой работает, проверяет полученные знания, добавляя к ним свои собственные, а данные прочих наук и сфер жизни и принимаем «на веру». Например, если я учусь в медицинском ВУЗе, я буду изучать строение тела человека, особенности его функционирования в норме и при патологии, влияние факторов окружающей среды на организм и т. д. При этом вряд ли я

стану пытаться обосновать теорию струн или искать новые доказательства в пользу теории происхождения римлян от славян. Это явление получило название «экономия мышления». Мы познаем то, что нам необходимо познать, а то, что нам не интересно, принимаем в свете чужих взглядов. По мнению Э. Маха: «закон экономии мышления выражает зависимость процесса мышления от алгоритмов решения различного рода задач, выработанных поколениями ранее живших мыслителей, от заранее подготовленных выводов, ответов, решений по типовым жизненным ситуациям». Эрих Фромм говорил: «Человек не может жить без веры. Решающим для нашего и следующих поколений является вопрос о том, будет ли это иррациональная вера в вождя, машины, успех, — или рациональная вера в человека, основанная на опыте нашей собственной плодотворной деятельности». Вера сопровождает нас с момента рождения: мы доверяем родителям, друзьям, супругу, детям... С кем вы хотите строить свое будущее? С реальными людьми, которых хорошо знаете и которым верите, или абстрактным личностям, будь то новый правитель с призрачными обещаниями или гений с великим открытием? Без доверия обществу, в котором мы существуем, невозможно развиваться и самореализовываться.

Заключение и выводы: мало кто задумывается о гносеологическом феномене веры. Гностики твердят, что человек не может сделать шага без знания, однако, мы видим обратное: большинство людей, как в прошлом, так и в настоящем во многих сферах своей жизни опираются исключительно на веру. Без веры не было бы прогресса, индивидуальности, жизни. Каждый из нас во что-то верит, начиная с веры в себя и свои силы и заканчивая верой в вечность и совершенство.

Литература

1. Горький М. «На дне» - СПб.: Азбука 2011г. 12 с.
2. Гуссерль Э. Логические исследования. Минск: Харвест; М: Аст, 2000. С.154.
3. Карлейль Т. «Теперь и прежде» - Москва: Книжный клуб Книговек 2014г. 328 с.
4. Портал новостей высоких технологий и науки CyberSecurity.ru, 2003-2014
URL: <http://www.cybersecurity.ru/news/142345.html>.

УДК 94(574)+303.446.4

И.Б. Бектаева

СИСТЕМА РОССИЙСКОГО КОЛОНИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

АО «Медицинский Университет Астана», кафедра истории Казахстана и философии, Казахстан, г. Астана

Резюме. Дана подробная характеристика вопроса о колониальной политике Российской империи по отношению к Казахскому ханству. Были исследованы такие вопросы как общественно-политическая жизнь казахского социума, административные реформы XIX века, в результате которых была отменена ханская власть и нанесен серьезный удар политическому престижу султанства. Также рассмотрена проблема установления территориальной определенности казахских земель Средней Орды и создании средних и низших структурных звеньев административного аппарата.

Ключевые слова: колонизация; ханская власть; административные реформы; султанство; волость;

I.B. Bektayeva

RUSSIAN COLONIAL ADMINISTRATION SYSTEM

JSC «Medical University Astana», History and philosophy department Kazakhstan, Astana

Abstract. This article gives detailed review of the Russian empire colonial policy in Kazakh khanate. There were studied such issues as: social and political life of Kazakh society, administrative reforms of the XIX century, such reforms were was concealed khan power that was brought damage to political prestige of sultans. Also there was considered issues of Kazakh territorial formation of Middle Orda and creation of middle and low structural level of administrative apparatus.

Keywords: colonization; khan power; administrative reforms; sultanate; volost;

Актуальность: В истории Казахстана на сегодняшний день имеются немало актуальных проблем, которые раньше в условиях господствования идеологических установок не получили должного изучения. Одной из таких тем является вопрос о становлении и развитии системы российского колониального управления.

Сегодня в отечественной историографии актуальность данной проблемы объясняется необходимостью проанализировать систему управления в период колониальной политики царизма. Именно в первой половине XIX века был нанесен удар по всему традиционному

казахскому обществу. Итогом колониальных реформ явилось ликвидация традиционных институтов управления. Для объективного изучения данного вопроса необходимо воссоздание в полной мере той действительности, в условиях которой царизм в одностороннем порядке сменил традиционные формы управления номадным обществом посредством применения административно-законодательных мер.

Проблемы политического развития Казахстана XIX – начало XX вв. непосредственно связаны с окончательной ликвидацией казахской государственности, превращением Казахстана в составную часть российского государства, распространением на нее законов империи, вплоть до изменения административно-территориального статуса Казахстана, как колонии Российской империи, что означало, по сути, полное политическое подчинение казахского народа, потерю им национальной независимости. При этом естественноисторическая эволюция национальной государственности казахского народа, обладавшей уникальной и неповторимой историей, была постепенно заблокирована утверждением административно-политической системы управления на всей территории Казахстана, представлявшей собой к концу века целостную систему, именуемую колониальным режимом, базирующуюся на нормативных актах, закреплявших политическое господство Российской империи в Казахстане.

Именно административно-территориальные реформы сыграли значимую роль в превращении Казахстана в колониальное владение и обеспечили функционирование новых систем колониального управления.

Важным является выяснение степени воздействия административно-территориальных реформ на основные параметры жизнедеятельности традиционного казахского общества. Без специального критического переосмысления причин, обстоятельств их ввода весьма трудно уяснить суть общественно-политических процессов, предшествовавших к моменту их принятия. Реформы 20-40 – годов XIX века, как и другие последующие акты России 60-х годов, затем конца XIX века, основательно потрясли общественное воззрение более поздней эпохи – первых лет советской власти, затем после крушения СССР. Необходимо было выяснить истинные причины того, как военно-феодальной державе удалось сокрушить традиционную государственность номадов.

Необходимость раскрытия генезиса постепенного сращивания остатков местной системы управления с утверждающейся колониальной формой устройства побуждает исследователей вести целенаправленный поиск и выявление новейших сведений по данной теме. Речь идет о назревших потребностях отечественной истории изучить эволюцию становления колониально-административного устройства в Казахстане.

Цель исследования: Изучение процесса утверждения и функционирования системы российского колониального управления в Казахстане в 20-60 г годах XIX века в условиях различных социально-исторических преобразований.

Материалы и методы: для написания данной работы были использованы материалы актового характера: указания, распоряжения, предписания, рапорты, донесения, содержащиеся в различных сборниках документов: материалы по истории политического строя Казахстана, прошлое Казахстана в источниках и материалах по политической истории Казахстана. Привлечены фонды ЦГА РК и материалы научных конференций.

В данной статье использованы такие методы как системный подход, историко-сравнительный, метод анализа.

Результаты и обсуждение: В конце первой четверти XIX века создались благоприятные условия для ликвидации ханской власти как в Среднем, так и в Младшем жузах. К этому времени институт ханства потерял характер высшего органа власти, способного управлять внутренними делами жузов. Царское правительство, уже в значительной степени прибравшее к своим рукам власть и право утверждения ханов, решило приступить к осуществлению давно задуманной цели: ликвидация ханской власти. Таким образом, вопрос о реформе управления, о конкретных формах, в которые должны были облечены планы колониального подчинения Казахстана, стал одним из важнейших в деятельности властей. Работа в этой части в значительной степени была завершена принятием в 1822 году «Устава о сибирских киргизах», разработанному М.М. Сперанским, крупным русским юристом и государственным деятелем, по которому было введено административное управление, введен административно-территориальный принцип подразделения казахского кочевого населения.

Структура «Устава о Сибирских киргизах» достаточно сложна. Она состоит из введения, десяти глав, каждая из которых разбивается на отделения и параграфы. Всего в «Уставе» 320 параграфов, охватывающих многие стороны жизни кочевников: от их административного устройства до устройства их быта и порядка землевладения, а, следовательно, кочевания и связанного с ним традиционного образа жизни и даже мировоззрения казахов.

Согласно Уставу весь Средний жуз делился на роды, волости и округа. Была создана трехступенчатая система управления краем. Новое административное устройство послужило началом выведения из равновесия и политической жизни казахского социума, в частности, устранение старшин от выборов означало начало изменения политической системы. Таким образом, создание окружной системы подрывало основу как хозяйственной, так и

политической жизни казахского общества.

К концу 30-х годов XIX века обнаружилось, что принятый в 1822 году «Устав» уже не отвечал многими своими положениями задачам экономического и политического подчинения казахских земель. Поэтому был введен ряд новых законов в 1838 году и актов 50-х годов. Ими царское правительство пыталось приспособить управление Средним жузом к земельной и торговой политике царизма. В частности, была изменена системы выборов волостных султанов. По Уставу 1822 года на должность избирались султаны, это право было наследственным. Согласно новому Положению Сибирского комитета от 4 апреля 1861 года отменяется право наследственное. Волостными султанами могли быть избраны лица, имеющие офицерские чины, знаки отличия.[5, С. 34].

Таким образом, старшие султаны превратились в простых исполнителей воли окружных военных начальников. Поэтому здесь становится более заметным влияние чиновников колониальной администрации, т.к. вместо выборного старшего султана главой округа становился русский чиновник из военных.

Отмена ханской власти произошла и в Младшем жузе без сколько-нибудь значительных осложнений. Пограничные органы уже давно вынашивали план ликвидации ханской власти в Младшем жузе. И если она все же сохранилась до конца первой четверти XIX в., это произошло лишь потому, что еще не созрели условия для ее уничтожения [5, С.194].

Устав 1824 года для Младшего жуза имел ряд особенностей, которым он отличался от Устава 1822 года. Это различие заключалось не только в том, что округов было меньше, а власть султанов-правителей не была ограничена советом, как это было сделано в Среднем жузе. Существенной особенностью ее явилось то, что она не охватила правовым регулированием аульные и родовые звенья управления. Кроме того, реформа потребовала поправок и уже в 1831 году были введены новые административные единицы – дистанции. Это фактически означало изъятие кочевий казахов Младшего жуза из ведения родовых старшин и управления по территориальному признаку совершенно не считавшемуся с исторически сложившимся общинным делением родовых коллективов. Создание дистанционной системы управления означало не только «удар» по родовой организации, но и начало разложения менталитета казахского народа в результате вмешательства царизма во внутреннюю жизнь казахских родов

В целом в 20-х – начале 60-х годов XIX века были заложены основы для дальнейшего укрепления российской власти и управления казахами Среднего и Младшего жузов.

Заключение и выводы: Таким образом, в результате реформ 1822 и 1824 гг. царизм

создал местный аппарат административного и политического управления, превратив в свою опору представителей элиты казахского общества – султанов, биев, старшин. Уставы разрабатывались без оповещения и привлечения представителей местного населения.

В правовой жизни казахов преобладающее место постепенно занимали общеимперские законы. Административно-территориальные реформы обеспечили функционирование новых систем колониального управления, закрепили окончательное вхождение Казахстана в состав Российской империи и явились механизмом регулирования внутренней жизни казахского общества.

Итогом проведения реформ и активного вмешательства царизма во внутреннюю жизнь казахских родов начинается разрушение менталитета казахов, который был лишен условий для внутригосударственного развития. Реализация этих реформ показывает, что царизм так и не сумел создать систему социально-политических и экономических отношений в Казахстане. Во-первых, целью самих реформ было создание колониальной системы, которая должна была окончательно закрепить за казахской степью положение внутренней части империи. Во-вторых, большинство российских администраторов не смогли рассмотреть глубинные вопросы жизни казахского населения и его реальные ценности. В-третьих, реформы должны были стать плацдармом для колониального освоения всей территории Казахстана. В итоге все эти административные реформы привели к потере независимости казахского народа.

Литература

- 1.Басин В.Я. Россия и Казахские ханства XVI- XVIII вв., Алматы, 1971 г.
- 2.Быков А.Ю. Истоки модернизации Казахстана(проблемы седентаризации в российской политике XVIII – начало XXвв.)Изд-во «Азбука», Барнаул 2003 г.- 267 с.
3. Войцеховский Е.И. Устав о Сибирских киргизах 1822 года (текст и комментарии) Алматы, ВШП,2004 г.,- 94 с.
- 4.Жиренчин К.А. Политическое развитие Казахстана в XIX - начале XX вв. Алматы 1966.- 352 с.
5. Зиманов С.З. Политический строй Казахстана конца XVIII - первой половины XIX вв. – Алма-Ата, 1960. – 296 с.
6. Материалы по истории политического строя Казахстана. Сб.сост.к.юр.н. М.Г. Масевич. Из-во АН НАУК ССР Алма-Ата, 1960 г., - 440 с.
7. ЦГА РК Ф.4, Оп.І, Д.2833, Л. 70
8. ЦГА РК Ф.4, Оп.І, Д.4074, Л. 13 а (об),116

УДК 14140.8

Д. Р. Бикбулатова

**ГОЛОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ УСТРОЙСТВА ВСЕЛЕННОЙ:
ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Мы рассмотрели основания голографической модели устройства Вселенной и проанализировали, какое влияние такая картина мира может оказать на смысл человеческой жизни, его самосознание и систему ценностей в целом. Показано, что такие представления ведут к изменению мировоззренческих основ бытия человека, его смыслов и ценностей. Обнаружено, что идея иллюзорности бытия достаточно характерна для восточной, в частности, индийской философии.

Ключевые слова: Голограмма, Вселенная, иллюзия, реальность.

D. R. Bikbulatova

**HOLOGRAPHIC MODEL OF THE UNIVERSE: THE PHILOSOPHICAL
ANALYSIS**

**Department of philosophy and social-humanitarian disciplines
with the course of social work,**

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Studied the theme of "Holographic model of the Universe." The purpose of research - to examine the base of the holographic model of the universe, and to analyze the impact such a picture of the world can have on the meaning of human life, its identity and value system as a whole, if all the same model, the truth will be proved. It is shown that such perceptions lead to a change in the philosophical foundations of human existence, its meanings and values. The author finds that the idea of the illusory nature of being quite typical for the eastern, especially Indian philosophy.

Keywords: Hologram, Universe, an illusion, a reality.

Актуальность исследования: Голографическая модель устройства Вселенной находит всё больше подтверждений. Однако мировоззренческие последствия этой модели изучены недостаточно. Что, если Вселенная действительно является голограммой? Если существование привычного нам объективного мира на самом деле иллюзорно, станет ли это

для каждого из нас личной трагедией или обернётся началом новой эпохи в восприятии нами самих себя, целей нашего существования и мира в целом?

Цель исследования: Рассмотреть основания голографической модели устройства Вселенной и проанализировать её мировоззренческие эффекты.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели использовались философские методы исследования – индукция, дедукция, анализ и синтез, диалектический методы. Привлекались также материалы, в той или иной степени объясняющие голографическую модель устройства памяти и Вселенной.

Результаты исследования и их обсуждения.

«Я не утверждаю, что с феноменальным миром что-то не так. Я не отрицаю существования предметов на том или ином уровне реальности. Но если взглянуть на Вселенную с точки зрения голографической модели, то можно получить совершенно новую картину мира. И эта новая реальность поможет нам понять вещи, которые прежде не имели научного объяснения, например паранормальные явления, синхронистичности и многозначительные совпадения»

Карл Прибрам в интервью «Psychology Today»

Основные положения голографического принципа были сформулированы в середине XX века Дэвидом Бомом, учеником Альберта Эйнштейна. Согласно теории Бома, весь мир устроен как голограмма. Всё, включая сознание и материю, влияет на целое, а через них и на все составляющее. В 1997 году Хуан Малдасена из Института передовых исследований в Принстоне вызвал сенсацию, показав, что струнная теория ведет к новому типу голографической вселенной [1]. Принцип голограммы - «всё в каждой части». Как любой, сколь угодно малый участок голограммы содержит в себе всё изображение трехмерного объекта, так и каждый существующий объект «вкладывается» в каждую из своих составных частей. Подобно голограмме, где любой сегмент содержит информацию о целом объекте, любой участок воспринимаемого нами мира содержит в себе полную информацию о структуре Вселенной. Она представляет собой гигантскую голограмму, где самая крошечная часть изображения несет информацию об общей картине, где всё взаимосвязано и взаимозависимо.

Дэвид Бом предположил, что все, что нас окружает - это иллюзия, компьютерная игра и все, что находится в мире – будь то стул или дом - иллюзия. И даже планета Земля вымышлена. С таким мнением согласен ученый Сэт Лойт, который в свою очередь пришел к выводу, что человек - не более чем компьютерная модель. Исследователи полагают, что вся информация изначально заложена в мозг и в «дежавю» нет ничего особого, просто человек с

самого начала знает, что с ним произойдет в будущем, но не умеет этой информацией пользоваться[3].

И в отличие от фотографии, даже мелкая деталь голограммы содержит всю информацию об объекте. Это свойство вдохновило нейрохирурга Карла Прибрама, который длительное время пытался найти локализацию центра памяти. Вполне возможно, что любая часть мозга может содержать информацию, которая необходима для воспроизведения любого воспоминания [6].

Но если картина реальности в нашем сознании - это не картина, а голограмма, то тогда как она создается? Тогда где же истинная реальность? Прибрам считал, что объективная реальность - мир, в котором существуют стулья, ручки, деревья - возможно и вовсе не существует в том виде, в котором мы ее представляем.

В голографическом мире даже время и пространство не могут считаться чем-то реально существующим. Потому что такая характеристика, как положение, не имеет смысла во вселенной, где ничто не отделено друг от друга; время и трехмерное пространство - как изображения рыб на экранах, которые должно считать проекциями.

Голографическая модель может объяснить и природу необъяснимых связей между сознанием людей, а также между феноменами сознания и объективным миром. Один из примеров такой связи содержится в концепции коллективного бессознательного, разработанной швейцарским психиатром Карлом Юнгом. Он считал, что фантазии, рисунки, галлюцинации, сны и даже мысли его пациентов содержат символы и идеи, которые невозможно придумать, как продукты их личной истории. Символы больше напоминали образы и сюжеты из различных мифологий и религий мира [цит. по 6, с. 69]. Карл Юнг после долгих лет наблюдения представил на суд научной общественности противоречивый, но странно знакомый большинству людей феномен – синхроничность. Теория синхроничности Юнга пыталась объяснить совпадения во внешней и внутренней жизни людей вне рамок привычной для человека западной культуры.

С. Гроф уверен, что свидетельство о скрытом голографическом порядке проявляются практически при каждом переживании [6, с. 70-72].

Если Вселенная действительно устроена по принципу голограммы, то из этого следует неизбежный вывод об иллюзорной природе бытия. Мир, материя воспринимаются нами не такими, какими являются на самом деле. Если мы получим подтверждение, что мы живем в иллюзорном мире – это, безусловно, окажет влияние на наше мировоззрение. Однако это влияние будет различным. Например, человек, выросший в западной культуре, скорее впадет в депрессию, осознав, что мир - это сон, иллюзия. В истории западной

философии лишь немногие представители субъективного идеализма осмеливались высказать сходные предположения о природе бытия (Д. Юм, Д. Беркли и др.). Человек же с восточным менталитетом гораздо спокойнее отнесется к такой информации, поскольку для народов востока подобные представления не являются чем-то из ряда вон выходящим.

К примеру, на высших уровнях буддийской философии недвусмысленно утверждается, что весь мир имеет природу сознания. Мир - это иллюзия, которая берёт своё начало от совокупной кармы живых существ, населяющих миры. Подобные представления характерны для индийской философии в целом (вспомнить, хотя бы, спящего бога Вишну, сон которого и есть бытие нашей Вселенной) [5]. Подобным же образом описывается природа нашего мира в некоторых мистических учениях в рамках монотеистических религий, например, в каббале.

Как отличить реальность от иллюзии? Не окажемся ли мы в положении Чжуан-Цзы, сомневавшегося, кто он: Чжуан-Цзы, которому снилась бабочка, или бабочка, видящая сон, что она – Чжуан-Цзы? [8]. И, если мир иллюзорен, означает ли это, что наше бытие утрачивает смысл? Восточная философия даёт на этот вопрос однозначный ответ: нет, не утрачивает. Более того, такое положение вещей наполняет наше существование новыми смыслами, подчас значимее и имеющими более далёкую перспективу.

Вывод. Нельзя исключить, что голографическая модель достаточно адекватно описывает реальность. Вышеприведенный анализ показывает, что если теория голографического устройства Вселенной найдёт подтверждение, это окажет сильное, трансформирующее влияние на мировоззрение человека. Его самосознание, мироощущение будут довольно сильно отличаться от системы ценностей современного человека, принадлежащего западной культуре. Однако восточная философия издавна принимает идею иллюзорности бытия как данность. И, возможно, именно философия Востока может указать нам путь, каким образом эта картина мира, являющаяся, по своей сути, прямо противоположной по отношению к кажущейся нам очевидной, может стать не разрушительной, а созидательной, наделяющей бытие человека новыми смыслами и целями, выходящими за рамки сиюминутного бытия.

Литература

1. Голографическая вселенная. [Сайт]. URL: <http://zhitanska.com/content/golograficheskaya-vselennaya> (дата обращения: 14.03.2016)

2. Иллюзия реальности мира. [Сайт]. URL: http://youressence.info/who_are_you/illyuzii_uma/illyuziya_realnosti_mira/ (дата обращения: 14.03.2016)
3. Мы - вечны? Вселенная - голограмма? Жизнь без тела. [Сайт]. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=V4OINQwJ688> (дата обращения: 14.03.2016)
4. Наши сны иллюзия или реальность? [Сайт]. URL: <http://waytosoul.ru/node/437> (дата обращения: 14.03.2016)
5. Сон Вишну. [Сайт]. URL: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/74916/%D0%92%D0%B8%D1%88%D0%BD%D1%83> (дата обращения: 14.03.2016)
6. Талбот Майкл. Голографическая вселенная: Новая теория реальности/Перев. с англ.- М.: ООО Книжное издательство «София», 2014. (дата обращения: 14.03.2016)
7. Человек - это голограмма вселенной [Сайт]. URL: http://vk.com/away.php?utf=1&to=http%3A%2F%2Fnaturalworld.ru%2Farticle_chelovek-eto-gologramma-vselennoy.htm (дата обращения: 17.03.2016)
8. Чжуан-цзы или бабочка? Реальность или сон? [Сайт]. URL: <http://www.edemiya.info/chzhuan-tszyi-ili-babochka-realnost-ili-son/> (дата обращения: 22.03.2016)

УДК 325

А.А.Бурганова

МИГРАЦИОННЫЙ КРИЗИС В ЕВРОПЕ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В данной статье рассматривается миграционный кризис и исходящие от него угрозы, а также изучаются основные проблемы мигрантов. Раскрываются основные причины миграции. Анализируются исторические предпосылки данного явления.

Ключевые слова. миграционный кризис, беженцы, вынужденные переселенцы.

A.A. Burganova

MIGRATION CRISIS IN EUROPE: HISTORY AND MODERNITY

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. This article examines the migratory crisis, examines the main problems of migrants. Disclosed are the main causes of migration. It analyzes the historical background of this phenomenon.

Keywords. migration crisis, refugees, internally displaced persons.

Актуальность: На сегодняшний день Европа переживает поистине эпохальное событие, которое войдет в историю, как миграционный кризис. Тысячи людей вынужденно покинули из-за войны и террора свои дома на Ближнем Востоке и Северной Африке, и теперь они являются беженцами в Старом Свете. Не имея средств на существование, эти люди вынуждены целыми семьями ютиться в палаточных лагерях Греции, Македонии, Франции и Германии. С тех пор, мигранты находятся в ожидании принятия решения их будущего от глав Евросоюза.

Цель исследования: изучить причины миграционного кризиса в Европе и провести параллель с историей.

Материалы и методы:

- рассмотреть миграционный кризис;
- изучить причины миграции;
- рассмотреть проблемы мигрантов;
- выявить исторические предпосылки.

Обратившись к истории, можно проследить интересный факт, что страны «третьего мира» почти всегда находились под давлением мировых держав. Так, в античную эпоху предметом колонизации со стороны Европы и Малой Азии были именно страны Северной

Африки. Многочисленные греческие колонии появились на побережье Ливии и Египта в VII-V веков до н.э, когда европейцы предприняли первые попытки подчинить себе африканские территории. Стоит вспомнить, что завоевания Александра Македонского положили начало довольно длительному периоду эллинизации Египта. Город Карфаген был основан на территории современного Туниса финикийцами и был одной из важнейших держав Средиземноморья до IV века до н. э., затем он был завоёван римлянами и стал центром провинции Африки.

Но наиболее интересным и показательным историческим моментом колонизации стран «третьего мира» стала вторая половина XIX века. После Берлинской конференции процесс колонизации Африки приобрёл такой масштаб, что получил название «гонки за Африку». Практически весь континент к 1900 году был разделён между рядом европейских держав: Великобританией, Францией, Германией, Бельгией, Италией, а также сохранили и несколько расширили свои старые колонии Испания и Португалия[5].

Стоит отметить, Египет практически сразу оказался втянут в капиталистическое хозяйство на мировом уровне. После того, как был открыт Суэцкий канал, Англия и Франция активно начали соперничать за господство в этих землях. Египтяне всячески старались остановить формирование иностранной колонии в Африке. Тем не менее Англия направила туда войска для захвата страны. Англичанам удалось и силой и хитростью оккупировать Египет, сделав его своей колонией. Франция начала свою колонизацию с Алжира, где в течение двадцати лет доказывала войной своё право на господство. Такими же способами французы завоёвывали Тунис. На этих землях было хорошо развито земледелие, именно поэтому завоеватели организовывали гигантские поместья, на которых заставляли работать арабских крестьян. Местные народы собирались на строительство дорог и портов для нужд оккупантов. Помимо этих стран на севере европейцы осваивали Юг Африки, где англичане оттесняли местные племена (сан, коикоин) на безлюдные территории.

Важность Африканских стран по-настоящему была ощутима для европейских держав во времена Первой мировой войны. Африканский континент обеспечивал Старый Свет минеральным сырьем, продовольственными продуктами и людскими ресурсами. Для удовлетворения выросших потребностей военной промышленности Великобритания увеличила добычу полезных ископаемых: бокситов и марганцевой руды, а также олова и каменного угля в Нигерии. Помимо этого, англичанами из колоний вывозились мясо, хлопок, шерсть, пальмовое масло, какао. Пытаясь свалить тяжесть военного времени на коренное население Африки, британские компании увеличили экспортные пошлины, при этом снизив закупочные цены на местные товары, что повлекло за собой падение реальных доходов

африканских рабочих и служащих. Также стоит подчеркнуть, что в состав западноафриканских войск «Уэст Африкен фронт-тиер форсис» колонизаторы призвали более 25 тыс. африканцев. Многие из них погибли в боях за Того и Камерун, принадлежавшие Германии.

Такая же ситуация происходила и во Французской Западной и Экваториальной Африке. Навязанные дополнительные займы и налоги, привели к понижению жизненного уровня и голоду большинства африканского аборигенного населения. Кроме того, правительство метрополии осуществляло насильственную мобилизацию, призвав в армию около 250 тыс. человек, из которых почти 160 тыс. участвовало в сражениях на различных фронтах Первой мировой войны (в том числе в Европе). Около 35 тыс. человек погибло. Части сенегальских стрелков вместе с английскими формированиями воевали на территории германских колоний Того и Камеруна, и в начале 1916 г. им удалось вытеснить остатки разбитых немецких отрядов в Рио-Муни. Но к сожалению позднее, они были интернированы колониальными властями Испанской Гвинеи[1].

Уже в мае 1919 г. между странами-победительницами были распределены Колониальные владения, т. е. до официального создания Лиги Наций. Мандатной системой Лиги Наций был юридически оформлен раздел колониальных владений Германии в Африке, площадью 2,5 млн кв. км и с числом жителей около 13 млн человек. Германская Восточная Африка была разделена между Великобританией, Бельгией и Португалией. Англия получила основную часть территории бывшей немецкой колонии, она вошла в состав Британской империи под названием Танганьика. Руанда и Урунди были отданы под управление Бельгии и присоединены к Конго. Небольшой район на юго-востоке Германской Восточной Африки с городом Кионга был отдан Португалии, которая присоединила его к своей колонии Мозамбик.

Во время Второй мировой войны компания в Северной Африке не обвенчалась успехом для Гитлера и Муссолини. Она принесла Германии потерю почти десяти дивизий, значительного количества военных материалов и большие людские потери. В результате потери колониальной империи Итальянский фашизм подвергся тяжелому испытанию. Муссолини чувствовал, что еще одного удара такого же масштаба политическая система Италии не выдержит. Германские и итальянские войска в Африке понесли военное поражение. Такой континент как Африка, ее население, ее богатства всегда были и будут объектом повышенного внимания более крупных и развитых стран. Это прекрасно видно из истории. Ситуация, к сожалению, со временем только усугубляется. Непрекращающийся наплыв мигрантов опять приковывает все внимание общественности к этому континенту.

По данным Международной организации по миграции, символический рубеж был преодолен 21 декабря 2015г., когда общее число людей, переправившихся по морю и суше в Европу, достигло более чем 1 млн. 6 тыс. человек [2].

Как и следовало ожидать, начавшийся 2016 г. не обещает снижения наплыва мигрантов, только за первые шесть недель года 70 тысяч человек прибыли в Европу по морю. Причинами такого количества беженцев и мигрантов в ЕС является продолжающийся конфликт в Сирии, отягощенный действиями ИГИЛ в регионе Ближнего Востока, а также вооруженными столкновениями в Афганистане. Именно из этих регионов «плывет» основной поток мигрантов в Евросоюз.

Учитывая статистические данные Евростата, большинство из прибывших на территорию Европы запросили статус беженца- 942 тыс. 400 человек. Стоит отметить, что наибольшее количество заявлений получила Германия (более 315 тысяч к концу октября 2015). На втором месте — Венгрия (174 тыс. 55 заявлений за тот же период). Хотя эти страны и лидируют по общему количеству заявлений, соотношение ходатайств с населением страны наиболее высокое в Швеции: более 1575 на сто тысяч шведских граждан в 2015 г. По этому показателю Венгрия занимает вторую позицию (почти 1508 заявлений на сто тысяч граждан). Для Германии это соотношение равно 520 к ста тысячам граждан [3].

Важно выделить тот факт, что в последнее время Европа меняет свое отношение к мигрантам коренным образом. Это проявляется в том, что те, кто еще вчера, выступал за приезд беженцев и с пеной у рта защищал демократические европейские ценности, теперь же наоборот хотят как можно быстрее от них избавиться. Так, Дания совсем недавно была в стане защитников демократических ценностей. Сейчас же королевство изменило политику по отношению к мигрантам на 180 градусов и изо всех сил пытается, чтобы его привлекательность в глазах приезжих померкла. В Швеции объявлено о предстоящей в течение нескольких лет депортации ровно половины – 80 тыс. из 163 тыс. человек, которые приехали в королевство в прошлом году в поисках убежища[4].

Но стоит заметить, что уже далеко не всем беженцам нравится, находиться в Европе. С каждым днем растет число мигрантов, добровольно возвращающихся на родину из негостеприимного Старого Света. К примеру, из Германии в Ирак вернулись уже сотни иракцев, недовольные длительным процессом получения статуса беженцев, отвратительной едой и в целом плохими условиями содержания в центрах.

Для снижения количества мигрантов, мировому сообществу необходимо объединиться, чтобы предотвратить войну в Сирии, возродить стабильность в Ливии.

Литература

1. Акмалова А.А., Капицин В.М. Социальная работа с мигрантами и беженцами: Учебное пособие. / Под ред. П.Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М, 2007. с. 150-170.
2. Бугакова Е. А. Миграционный кризис в Европе и попытки ЕС найти его разрешение/ Молодой ученый. — 2016. — №5. — С. 571-573.
3. Мануков С. «Европа побежала от беженцев» URL: <http://expert.ru/2016/01/29/razvorot-na-180-gradusov> (дата обращения: 05.03.2016).
4. Шилович Н. Н. Правовые основы противодействия нелегальной миграции в Европейском Союзе // Современная юриспруденция: тенденции развития: материалы международной заочной научно-практической конференции. Новосибирск, 2013 // СибАК. URL: <http://sibac.info/2009-07-01-10-21-16/50-2011-12-21-06-47-18/2011-12-21-06-47-43/7376-2013-04-19-01-10-51> (дата обращения: 05.03.2016).
5. Шурупова А. С. Адаптация и приживаемость мигрантов / Социс. 2007г. —№ 6. с. 87-89.

УДК:572.02:004.8(04)

А. Р. Габдулвалеева

ПРОБЛЕМА ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Нами был осуществлён анализ философских аспектов проблемы искусственного интеллекта. Раскрыт смысл понятия «искусственный интеллект», определён круг проблем, связанных с получением, определены перспективные направления его применения и вызовы, которые станут перед человечеством в области взаимодействия с системами искусственного интеллекта в недалёком будущем.

Ключевые слова: искусственный интеллект, человек.

A. R. Gabdulvaleeva

PROBLEMS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE: A PHILOSOPHICAL ANALYSIS

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Resume. We was carried out the analysis of the philosophical aspects of artificial intelligence. Explain the concept of "artificial intelligence", defined range of problems related to obtaining, identified promising areas of application, and the challenges that will be facing humanity in the interaction with the artificial intelligence systems in the near future.

Keywords: artificial intelligence, human.

Актуальность. Люди с давних времен пытались понять процесс мышления, создать механизмы, воспроизводящие деятельность мозга, создавать новые виды интеллектуальной деятельности. Пытались осуществлять попытки упрощения процесса интеллектуальной деятельности с помощью механических и электронных аппаратов. И вот, наконец, мы стоим на пороге создания систем ИИ, действительно приближающихся по своим возможностям к интеллекту человека и, по некоторым параметрам, даже превосходящим его. Как мы ответим на все вызовы, которые ставит перед нами эта перспектива? Эти вопросы побудили нас посвятить этой теме данное исследование.

Цель исследования: проанализировать влияние систем искусственного интеллекта на жизнь человека в настоящем и недалёком будущем, раскрыть философские аспекты этого взаимодействия.

Материалы и методы: для достижения вышеуказанной цели применялись философские и теоретические методы исследования – диалектический метод, анализ и синтез, индукция и дедукция.

Результаты и обсуждения. Усилия по созданию приборов, имитирующих деятельность интеллекта, получили возможность прикладной реализации лишь во второй половине нашего столетия в связи с созданием электронных автоматов и вычислительной техники (особенно компьютеров), развитием математической логики и программирования.

Профессор Александр Болонкин считает, что решение проблемы искусственного интеллекта подарит человечеству бессмертие: «биологическое человечество лишь маленькая, начальная ступенька в развитии более высокой электронной цивилизации, которая приведет к созданию еще более сильной цивилизации и, возможно, к созданию некоего Высшего Разума Вселенной, если хотите, Бога» [4, с. 5]. «Человек как личность-это не более чем память, программы, привычки. Перезаписав перед смертью всю эту информацию чипы, мы дадим ему возможность продолжить существование в новом, электронном облике» [4, с.5].

Искусственный интеллект (ИИ) — наука и технология создания интеллектуальных машин, особенно интеллектуальных компьютерных программ. По другому мнению ИИ - свойство интеллектуальных систем в выполнении творческих функции, которые традиционно считаются прерогативой человека.

В философии стоит вопрос о природе и статусе человеческого интеллекта, нет точного критерия достижения компьютерами «разумности», но существует ряд гипотез.

- Тест Тьюринга или гипотеза Ньюэлла — Саймона. Все участники теста не видят друг друга. Автор теста утверждает, что машина станет разумной тогда, когда будет способна поддерживать разговор с человеком, и тот не сможет понять, что говорит с машиной.

- Писатели-фантасты часто предлагают ещё один подход о том, что ИИ возникнет когда машина будет способна чувствовать и творить..

Выделяют два направления развития ИИ в современном мире:

- ✓ решение проблем, которые связаны с приближением специализированных систем искусственного интеллекта к возможностям человека, и их интеграция;
- ✓ создание искусственного разума, который представляет собой интеграцию уже созданных систем ИИ в единую систему, которая способна решать проблемы человечества .

Основные проблемы ИИ:

- представление знаний (методы формализации, обобщения и классификации знаний);
- моделирование рассуждений, процедуры диалога с искусственными системами;
- планирование целесообразной деятельности с помощью сложных программ;
- обучение интеллектуальных систем.

В соответствии с проблемами ИИ «развиваются такие направления исследований, как когнитивная психология, компьютерная лингвистика, создание машинной музыки, машинного интеллекта, машинного перевода, моделирование рассуждений, планирование поведения поиск по образцу, психолингвистика, робототехника, ситуационное управление, эвристика, экспертные системы и другое»[1, с. 145].

В связи с развитием этих научных направлений возникает проблема смысла и ценности человека. Если машина сможет выполнять за человека многое, сможет ли она полностью заменить человека? Нужен ли человек в природе, если будет создана информационная цивилизация? Эта проблема, ставшая предметом обсуждения многих фантастических произведений, вряд ли может быть разрешена сейчас. Можно сказать лишь, что пока все автоматизированные и вычислительные процессы, все игры, имитационные программы разработаны человеком, хотя порой они чрезвычайно расширяют его интеллектуальные возможности. «Машина не делает ничего, кроме того, что в нее заложено человеком. Моделирование творчества пока ограничено, нет универсальных творческих программ»[1, с.146].

Существует также проблема, связанная с невозможностью воспроизводить эмоционально-психические процессы. Все машины работают лишь в области рационального. Эмоциональная же сфера является регулятором деятельности человека.

Вопрос «Может ли машина мыслить?», подтолкнул исследователей к созданию науки о моделировании человеческого разума. Две точки зрения на этот вопрос называются гипотезами сильного и слабого искусственного интеллекта.

Термин «сильный искусственный интеллект» ввел Джон Сёрль. Более того программа будет не просто моделью разума; она в буквальном смысле слова сама и будет разумом, в том же смысле, в котором человеческий разум – это разум.

Напротив, сторонники слабого ИИ предпочитают рассматривать программы лишь как инструмент, который позволяет решать те или иные задачи, не требующие полного спектра человеческих познавательных способностей.

Что считать интеллектом? Существует определение интеллекта как способности решать интеллектуальные задачи. Здесь интеллектуальная задача - та задача, у которой не

существует известного алгоритма решения или же это задача, для которой нужно создать алгоритм с нуля.

Этические проблемы создания искусственного разума - это вопросы, касающиеся искусственного интеллекта и этики.

- Если в будущем машины смогут рассуждать, думать, осознавать себя и иметь чувства, то что тогда делает человека человеком, а машину — машиной?

- Если в будущем машины смогут осознавать себя и иметь чувства и эмоции, возможно ли будет их эксплуатация или придется наделять их правами?

- Если в будущем машины смогут рассуждать, то как сложатся отношения людей и машин? Данный вопрос рассматривается в произведениях искусства.

- Будет ли человек, которому в результате многочисленных медицинских ампутаций заменили 99 процентов тела на искусственные органы, считаться машиной?

Данные вопросы рассматриваются в рамках философии техники и в философии трансгуманизма.

Заключение и выводы: Взаимодействие человека и искусственных интеллектуальных систем в современном обществе видится как процесс постоянного диалога. Пока что ИИ не наделен самосознанием и правами, но как только он будет наделен этими свойствами, нам придется считаться с их требованиями. Системы ИИ активно внедряются в нашу повседневную жизнь, и наша ближайшая задача – наделение их определённым кругом «этических» алгоритмов и правил, которые позволят им самостоятельно принимать решения, вписывающиеся в наши представления о нравственном поведении.

Литература

1. Галимов Б.С., Селиванов А.И. Философия: Учебное пособие. – Уфа: Изд-е Башкирск. Ун-та, 1995. – 230 с.
2. Дубровский Д.И. Сознание, мозг, искусственный интеллект: сб.статей. – М. :, 2007. – 272 с.
3. Самохвалова В.И. Человек и судьба мира. – М.: Новый век, 2000. 195 с.
4. Человек-бессмертен! (Интервью с профессором Александром Болонкиным)// Известия. 8 сентября 1998 г.
5. Рассел С., Норвиг П. Искусственный интеллект. Современный подход. М.: «Вильямс», 2007. 1410 с.

УДК: 159.937(04)

С.В.Габдуллина, А. Р.Шамсутдинова

ВЛИЯНИЕ ТАКТИЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ НА СОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин, Башкирский

Государственный Медицинский Университет,

г. Уфа

Резюме. Чтобы ориентироваться в пространстве в процессе эволюции человеку было дано множество приспособительных реакций. Кожа является огромным рецепторным полем, которое помогает воспринимать окружающую среду с помощью тактильных рецепторов и благодаря ей мы познаем и осознаем мир таким какой он есть на самом деле.

Ключевые слова. Тактильное восприятие, чувствительность, рецепторы, агнозия.

S.V. Gabdullina, A.R.Shamsutdinova

THE IMPACT OF TACTILE PERCEPTION ON THE HUMAN MIND

Department of philosophy and social- humanitarian disciplines, Bashkir State Medical

University, Ufa

Abstract. To navigate in space in the course of evolution human has been given a lot of adaptive responses. Skin is a great receptor field, which helps to perceive the environment with the help of the tactile receptors, and because of it we aware of the world around us.

Keywords. Tactile perception, sensitivity, receptors, agnosia.

Актуальность. Тактильное восприятие – это чувство прикосновения. Части тела, которые наиболее часто используют свои моторные функции, имеют самую высокую чувствительность. Все прикосновения воздействуют на сознание человека, так как развита высшая нервная система и раздражая чувствительные рецепторы кожи нервные импульсы приносят сигнал о раздражителе, на которую у организма вызывается ответная реакция, синтезируемое самосознанием, способствующее адаптации к окружающей среде.

Цель работы. Доказать значимость сенсорной системы человека на восприятие мира. Какие нарушения возникают при тактильном восприятии.

Ход работы. При рассмотрении проблемы осязания, как источника связи внутреннего и окружающего мира человека, был использован материал из журналов «Интенсивная терапия».

Человек должен обладать осязательным образом предмета, для того чтобы им манипулировать, и часто зрительное восприятие встречается, например, когда он занят

рассматриванием чего-нибудь и одновременно должен оказывать действие на вещь. В тактильном восприятии немало важно и качество фактуры. Что это значит? Это означает, что человеку необходимо смещение в пространстве руки осязающего. Присутствие объекта, его сопротивление недостаточно для оценки свойств поверхности, или фактуры предмета. Чтобы определить сигнал о фактуре предмета, разделяющий одну фактуру от другой, нужно произвести движение. Человек так и поступает, «щупает» - проще говоря, определяет особенности поверхности (гладкость или шероховатость), свойства предмета, с которым вступает в контакт.

Еще одна особенность – это контур предмета. Он так же играет роль в тактильном ощущении. Это возможность ощущать предмет как с открытыми глазами, так и не имея возможность пользоваться зрительным контактом с предметом. Во втором случае тактильное восприятие играет очень важную роль, где ощущается отношение в пространстве между предметами, их направление, движение. В этом нам помогают рецепторы кожи, которые в данном случае имеют более чувствительное восприятие.

Что мы имеем в качестве продукта осязательного восприятия? Мы можем ощущать вещь через предмет, который мы держим в руке. То, за что мы держимся, становится нашим проводником к необходимому объекту. К примеру, через перо или ручку, не важно, мы можем понять и определить плотность бумаги, ее шершавость. Через этот проводник мы чувствуем состояние этой бумаги. Или другой пример: при помощи конца трости слепой познает почву. Ощущает ее твердость, все кочки и бугорки.

Материалы и методы. Мы провели эксперимент: девушка добровольно согласилась надеть повязку на глаза и провести так несколько дней. Во время эксперимента у нее обострились слух и тактильная чувствительность; она стала больше ощущать пальцами рук предметы и могла описать даже цвет. После того, как испытуемая вернулась к привычной жизни и сняла повязку, ее тактильное восприятие стало как прежде. Из этого следует, что хорошее тактильное восприятие слепых, которые хорошо воспринимают вещи, объекты вокруг, с самого начала не было таким прекрасным. Как известно, чувствительность у них ничуть не выше чем у видящих людей. Все это следствие постоянных прикосновений и тренировок.

Мы рассматривали как чувствует человек предмет, но какое же влияние оказывает тактильное осязание матери на младенца? Казалось бы, трудно представить, что младенец как то изменит свое поведение без тактильного контакта. Но исследования в США показали, что большая часть подкидышей на первом году жизни умирали. Доктор Фритз Талбот из

Бостона предложил держать на руках и ласково обращаться с младенцами. После чего их смертность значительно сократилась.

Какие отклонения существуют при нарушении осязания?

3. Фрейд ввел в психологию термин агнозия. Тактильные агнозии - невозможность восприятия формы предмета, воспринимают на ощупь.

Они возникают в связи с поражением вторичных и третичных полей теменной коры. Тактильными агнозиями обозначаются нарушения узнавания объектов на ощупь при сохранности тактильных ощущений.

Выделяют несколько видов тактильных агнозий:

1. Астереогноз, или тактильная предметная агнозия.
2. Пальцевая агнозия (синдром Гершмана)
3. Соматоагнозия (нарушение схемы тела)

Нас интересует только тактильная предметная агнозия. Она выражается в невозможности разделять тактильные ощущения в образ восприятия, не узнавание предмета на ощупь. Больной может описывать предмет, но не определять его материал и опознавать его в целом.

Так же существует «дермолексия», она является одной из форм тактильной агнозии. Человек с такой болезнью затрудняются в узнавании букв и особенно цифр, рисунок которых воспроизведен тонким предметом на коже испытуемого.

Вывод. Таким образом, когда происходит воздействие на тактильные рецепторы, мы получаем информацию, которая напрямую воздействует на сознание, и при которой мы испытываем определенные чувства и ощущения.

Так при нарушении чувствительности сенсорной системы нарушается восприятие мира, при уменьшении происходит дезориентация, а при увеличении - возрастает «зона комфорта», способствующая раздражимости, замкнутости и даже депрессии.

Литература

- 1) Лекция 20 тема «тактильное восприятие» Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии / под ред. Д.А.Леонтьева, Е.Е.Соколовой. М.: Смысл, 2000. — 560 с.
- 2) Леонтьев А.Н. Сознание // Большая советская энциклопедия. Том 52. М.: ОГИЗ РСФСР, 1947, с. 9—
- 3) Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975.—304 с.16.

4)"Вестник интенсивной терапии" - научно-практический журнал, издаваемый с 1992 года, зарегистрирован в Министерстве печати и массовой информации РФ 22.10.91. Регистрационный № 1226

5)<http://psyera.ru/taktilnye-agnozii-i-aleksii-motornaya-afaziya-i-kinesteticheskaya-apraksiya-838.htm>

6)<http://helpiks.org/1-12288.htm>

7)Хрусталеv Ю.М.Х955 Философия : учебник для студ. учреждений высш. Проф. образования / Ю. М. Хрусталеv. — 3-е изд., стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2014. — 320 с. — (Сер. Бакалавриат). ISBN 978-5-4468-0507-5

УДК 351

Л.Р. Галимова

**К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в данной статье изучается опыт работы министерства труда и социальной защиты населения в отношении населения в Чешской республике и особое внимание следует обратить на зарубежный опыт.

Ключевые слова: опыт работы, социальная защита населения.

L.R. Galimova

**TO THE QUESTION ABOUT THE USE OF FOREIGN EXPERIENCE OF SOCIAL
PROTECTION OF THE POPULATION**

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work

Bashkir state medical university, Ufa

Resume: the goal is to examine the experience of the Ministry of labour and social protection of the population against the population in the Czech Republic and to pay special attention to foreign experience.

Keywords: experience, social protection of the population.

Актуальность: проблемы, связанные с социальной защитой людей актуально с точки зрения воспитания гуманизма в обществе и формирования преемственности поколений.

История и практика свидетельствуют, что во все времена общество испытывает социальные проблемы, решение которых требует постоянного и систематического внимания всех государственных структур. Такой социальной проблемой занимается министерство труда и социальной защиты населения. Социальная защита-система мер, направленных на соблюдение прав человека, на удовлетворение его социальных потребностей. Социальная защита населения - это одно из важнейших направлений политики государства, заключающееся в установлении и поддержании общественно необходимого материального и социального положения всех членов общества. Иногда социальную защиту трактуют более узко: как обеспечение определенного уровня доходов для тех слоев населения, которые в силу каких-либо причин не могут самостоятельно обеспечить свое существование:

безработных, инвалидов, больных, сирот, стариков, одиноких матерей, многодетных семей.

[1]

Основные принципы социальной защиты:

- гуманность;
- адресность;
- комплексность;
- обеспечение прав и свобод личности.

В последнее десятилетие постоянное возрастание таких слоев населения, как: безработные, инвалиды, больные, сироты, старики, одинокие матери, многодетные семьи становится социально-демографической тенденцией практически всех развитых стран.

Система социальной защиты — это комплекс законодательных актов, мероприятий, а также организаций, обеспечивающих реализацию мер социальной защиты населения, поддержки социально уязвимых слоев населения. Оно включает в себя: социальное обеспечение, социальные гарантии, социальное страхование, социальную поддержку.

Объектом социальной работы являются люди, нуждающиеся в посторонней помощи: старики, пенсионеры, инвалиды, тяжелобольные, дети; люди, попавшие в тяжелую жизненную ситуацию: безработные, наркоманы, подростки, попавшие в дурную компанию, неполные семьи, осужденные и отбывшие наказание, беженцы и переселенцы.

Субъекты социальной работы — те организации и люди, которые ведут эту работу. Это государство в целом, осуществляющее социальную политику через государственные органы социальной защиты. Это общественные организации: Российская ассоциация социальных служб, Ассоциация социальных педагогов и социальных работников. Это благотворительные организации и общества милосердия как Красный Крест и Красный Полумесяц. [3]

Подробнее рассмотрим зарубежный опыт работы министерства труда и социальной защиты населения в Чешской республике. Почему Чехия?

Летом 2015 года я побывала в Чешской республике. Воспользовавшись этим случаем, мне как будущему специалисту по социальной работе, было интересно изучить чешский опыт работы этой структуры.

Чехия - одна из немногих стран бывшего социалистического содружества, которая за короткое время смогла построить сильную и стабильную экономику. Уровень жизни в Чехии самый высокий из всех постсоциалистических государств.

Министерство труда Чехии является главным органом государственного управления в области работы и социального обеспечения. Министерство труда было открыто в 1969 году.

В настоящий момент оно занимается трудовыми и правовыми отношениями, следит за безопасностью работы, переквалификацией и трудоустройством граждан. Кроме того, Министерство труда Чехии обеспечивает выдачу социальных пособий, премий, пенсий. Также оно активно участвует в области регулирования интеграции иностранцев и равноправия полов.

В Чешской Республике к числу основных видов денежных выплат по временной нетрудоспособности относятся: пособие по временной нетрудоспособности, пособие по уходу за заболевшим членом семьи, пособие в связи с переводом беременной женщины или женщины в течение девяти месяцев с момента рождения ребенка на более легкую работу, компенсационные выплаты по беременности и родам. Решение вопросов социального обеспечения лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием держится на контроле.

В настоящее время в Чехии установлен гибкий пенсионный возраст. В период с 1 января 1996 г. пенсионный возраст установлен так, что к календарному месяцу, в котором гражданин достиг пенсионного возраста мужчины 60 лет, женщины 53-57 лет, в зависимости от числа имеющих у них детей, добавляется для мужчин два календарных месяца, для женщин четыре календарных месяца за каждый календарный год за время до 31 декабря 1995 г. до дня достижения указанного выше пенсионного возраста. После 31 декабря 2012 г. пенсионный возраст составляет 63 года для мужчин и 59-63 года для женщин, в зависимости от числа имеющих у них детей. Что касается страхового стажа, то он составляет 25 лет, а для лиц, достигших возраста 65 лет-15 лет.

Пенсия по старости состоит из основного и дополнительного размеров. Основной размер(аналог российского фиксированного базового размера)устанавливается в твердой сумме и с 1 января 2007 г. составляет 1570 крон в месяц. Дополнительный размер определяется в зависимости от продолжительности страхования и составляет 1,5% среднего заработка работника за каждый полный год. Заработок в сумме 9600 крон учитывается полностью, в сумме от 9600 крон до 23 300 кронов в размере 30%,свыше 23 300 кронов в размере 10%.Дополнительный размер не может быть менее 770 крон.

Второй после пенсий важнейший вид социального обеспечения-выплаты в связи с нетрудоспособностью. Система чешского страхования нетрудоспособности включает четыре вида денежных выплат:

- 1)пособие по временной нетрудоспособности;
- 2)пособие по уходу за заболевшим членом семьи;
- 3)пособие в связи с переводом беременной женщины на более легкую работу;

4) пособие по беременности и родам. [2]

Косвенным подтверждением является наличие в Чешской республике двух законов, регулирующих отношения по обеспечению граждан выплатами в рассматриваемой сфере. Это закон «О страховании по болезни» и закон «Об удлинении отпусков по беременности и родам, о выплатах по материнству и о надбавках на детей по страхованию в связи с временной нетрудоспособностью». Весьма продолжительным является отпуск по беременности и родам в Чехии. Он составляет семь недель (49 дней) до родов и 28 недель (196 дней) после родов, итого 35 недель или 245 дней. Как известно, в России этот отпуск составляет 70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов, всего 140 календарных дней (ст.255 ТК РФ). Надбавки на детей выплачиваются малообеспеченным семьям с детьми в повышенном размере, если доход семьи не превышает полтора прожиточных минимума. В обычном размере надбавки выплачиваются, если доход семьи превышает полтора прожиточных минимума, но не превышает 2,4 прожиточных минимума. Если же доход превышает 2,4 прожиточных минимума, но составляет не более четырех прожиточных минимумов, то размер надбавки снижается. Кроме дохода семьи, на размер надбавок на детей влияет возраст детей. На ребенка до шести лет повышенная надбавка составляет 576 крон, обычная - 496 крон, пониженная - 256 крон. При возрасте ребенка от 6 до 15 лет надбавка выплачивается в сумме 406,608 и 314 крон, а на детей в возрасте от 16 до 26 лет - 810,698 и 360 крон в месяц.[5] Опыт Чехии по обеспечению семей пособиями на детей может представлять интерес для российского законодателя как с точки зрения условий возникновения права семьи на пособие, так и с точки зрения дифференциации размера пособия в зависимости от возраста ребенка, на которого выплачивается это пособие (надбавка). Интерес также представляет родительское пособие на воспитание (в России - ежемесячное пособие по уходу за ребенком). Право на родительское пособие имеет родитель, который в течение календарного месяца лично и ежедневно воспитывает хотя бы одного ребенка в возрасте до четырех лет, либо до семи лет, если ребенок имеет стойкие заболевание или тяжкое повреждение здоровья. [4]

Заключение: таким образом, опыт работы министерства социальной защиты населения Чешской республики свидетельствует о том, что много положений имеют место и в РФ, вопрос лишь касается размеров выплат пособий, пенсий, незащищенных слоев населения. К сожалению, размеры этих выплат в Российской Федерации ниже по сравнению с Чешской республикой, но это обеспечивается экономическим уровнем страны и ее географическими просторами.

Литература

1. «Артек» -чешский журнал, издание №83-48 с.
- 2.Йозеф Кайзл «Athenaeum, listy pro literaturu a kritiku vědeckou»-издание №5-60 с.
3. <http://420on.cz/catalog/list/16678>-сайт Министерства труда и социальной защиты населения Чешской республики.
4. Холостова Е.И. «Социальная работа» -М: Дашков и К, 2012-800 с.
5. Холостова Е.И. «Социальная работа:история,теория и практика» -М:Юрайт 2013-912с.

УДК 179.7

Р.Р. Галимова, Р.М. Фархутдинов, Р.И. Муфтиева, С.И.Шафикова
ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ЭВТАНАЗИИ УЧАЩИХСЯ ВЫСШЕЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Кафедра «Философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом
социальной работы»

Резюме: В данной статье представлены результаты исследования отношения учащихся высшей медицинской школы к проведению активной эвтаназии и пассивной эвтаназии.

Ключевые слова: эвтаназия, жизнь, смерть, гуманность, медицина.

Galimova R.R., Farkhutdinov R.M., Muftieva R.I., Shafikova S.I.
RESEARCH OF THE RELATION TO EUTHANASIA OF PUPILS OF THE HIGHER
MEDICAL SCHOOL

Bashkir State Medical University Ufa
The Department of "Philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of
social work"

Summary: In this article are presented some results of researches according to the relation of High Medical schools students to active and passive euthanasia conduction.

Keywords: euthanasia, life, death, humanity, medicine.

Актуальность: В современном обществе проблема эвтаназии играет значительную роль. Создание положительного образа эвтаназии не в последнюю очередь связано с доктриной «золотого миллиарда» и с реализацией теории нового мирового порядка, что подразумевает значительное сокращение численности населения на нашей планете.

Мы решили провести исследование отношения студентов нашего университета к этой проблеме, тем более что в будущем они будут иметь непосредственное отношение к решению проблем такого типа в сфере своей профессиональной деятельности.

Цель исследования: определить отношение студентов к проведению активной эвтаназии и пассивной эвтаназии по отношению к их будущим пациентам и по отношению к ним самим.

Материалы и методы: Было проведено социологическое исследование, применен метод опроса. Учащимся было предложено ответить на следующие вопросы анкеты с соответствующими вариантами ответов:

Вопрос № 1. Как Вы считаете, эвтаназия это: *а) негативное явление, б) позитивное явление, в) затрудняюсь ответить;*

Вопрос № 2. Согласились бы Вы на проведение по отношению к Вашему пациенту пассивной эвтаназии? *а) да, б) нет, в) затрудняюсь ответить;*

Вопрос № 3. Согласились бы Вы на проведение по отношению к Вашему пациенту активной эвтаназии? *а) да, б) нет, в) затрудняюсь ответить;*

Вопрос № 4. Согласились бы Вы на проведение по отношению к Вам пассивной эвтаназии? *а) да, б) нет, в) затрудняюсь ответить;*

Вопрос № 5. Согласились бы Вы на проведение по отношению к Вам активной эвтаназии? *а) да, б) нет, в) затрудняюсь ответить*

Анкетирование прошло 150 учащихся БГМУ.

Результаты и обсуждение:

Ответы на вопрос № 1 распределились следующим образом: 23% учащихся считают эвтаназию негативным явлением, 31% – позитивным, а 46% затрудняются с оценкой эвтаназии.

Далее мы рассмотрели ответы на остальные вопросы учащихся трех выше указанных категорий, а именно учащихся: 1) считающих эвтаназию негативным явлением, 2) считающих эвтаназию позитивным явлением, 3) затрудняющихся с оценкой эвтаназии.

I. Категория учащихся считающих эвтаназию негативным явлением.

Распределение ответов:

Вопрос № 2: Да - 8,82%; Нет - 73,53%; Затрудняюсь ответить - 17,65%.

Вопрос № 3: Да - 11,8%; Нет - 76,5%; Затрудняюсь ответить - 11,8%.

Вопрос № 4: Да - 14,6%; Нет - 56%; Затрудняюсь ответить - 29,4%.

Вопрос № 5: Да - 17,65%; Нет - 58,8%; Затрудняюсь ответить - 23,6%.



Рис. 1. Ответы учащихся, считающих эвтаназию негативным явлением, на вопросы № 2

- 5

II. Категория учащихся считающих эвтаназию позитивным явлением.

Распределение ответов:

Вопрос № 2: Да - 63,04%; Нет - 28,3%; Затрудняюсь ответить - 8,66%.

Вопрос № 3: Да - 60,9%; Нет - 30,43%; Затрудняюсь ответить - 8,7%.

Вопрос № 4: Да - 41,9%; Нет - 45,6%; Затрудняюсь ответить - 13,04%.

Вопрос № 5: Да - 76,08%; Нет - 10,9%; Затрудняюсь ответить - 5%.



Рис. 2. Ответы учащихся, считающих эвтаназию позитивным явлением, на вопросы №

2 - 5

III. Категория учащихся, затрудняющихся с оценкой эвтаназии.

Распределение ответов:

Вопрос № 2: Да - 17,2%; Нет - 41,4%; Затрудняюсь ответить - 41,4%.

Вопрос № 3: Да - 11,43%; Нет - 38,6%; Затрудняюсь ответить - 50%.

Вопрос № 4: Да - 14,2%; Нет - 42,9%; Затрудняюсь ответить - 42,9%.

Вопрос № 5: Да - 20%; Нет - 30%; Затрудняюсь ответить - 50%.



Рис. 3. Ответы учащихся, затрудняющихся с оценкой эвтаназии, на вопросы № 2 - 5

Выводы: Почти половина учащихся не определилась с оценкой эвтаназии. Поскольку проблема эвтаназии затрагивает проблемы жизни и смерти, то это может означать, что мировоззрение у данной категории учащихся еще не достаточно определено в этих вопросах. Гораздо больше учащихся согласных на проведение эвтаназии по отношению к себе, чем к своим пациентам. Это может говорить об осознании ответственности за жизнь пациентов. То, что количество учащихся считающих эвтаназию позитивным явлением несколько больше чем считающих эвтаназию негативным явлением может быть вызвано различными факторами.

Соглашаясь на эвтаназию человек, фактически идет на самоубийство, а проводя эвтаназию человек, фактически совершает убийство [1]. Поэтому важно учиться мужественно преодолевать трудности. Следует стремиться прожить свою жизнь полностью, не смотря ни на что, не сходя с дистанции.

Литература

- 1) Беседа о проблеме эвтаназии // Электрон. дан. Режим доступа URL:
<http://www.boleem.com/main/euthanasia?id=263>

УДК 130.122

Г.И. Гарифуллина

**ПРАКТИКА НРАВСТВЕННОГО САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
В СУФИЗМЕ**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: сердцевиной суфийской практики во все времена была и остаётся практика нравственного самосовершенствования. И именно этой практике, её мировоззренческим основаниям и методам и посвящается данное исследование.

Ключевые слова: суфизм, нафс, самосовершенствование, душа.

G.I. Garifullina

**PRACTICE MORAL SELF-IMPROVEMENT
IN SUFISM**

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Core of Sufi practice has always been and remains the practice of moral self-improvement. And it is this practice, its philosophical grounds and methods and dedicates this study.

Keywords: Sufism, nafs, self improvement, soul.

Актуальность: В последние десятилетия нам всё чаще приходится слышать параллели: Ислам – террор, мусульмане – террористы, радикалы. Мы настолько привыкли, что сами почти убедили себя в этом. Однако мало кто задумывается, что то, что преподносится нам под маской (радикального) Ислама, не является им по своей сути. Что в лице мусульманских террористов пред нами предстала вырожденная форма монотеистической религии, утратившая внутреннюю связь с первоисточником. Этим первоисточником, «сердцем», сутью мусульманской религии, на наш взгляд, является суфизм. А сердцевиной суфийской практики во все времена была и остаётся практика нравственного самосовершенствования. И именно этой практике, её мировоззренческим основаниям и методам мы и хотим посвятить данную работу.

Цель исследования: проанализировать мировоззренческие основания, цели и методы суфийской практики нравственного самосовершенствования.

Материалы и методы: для достижения данной цели применялись следующие философские методы – анализ, синтез, индукция, дедукция, диалектический метод, восхождение от абстрактного к конкретному. Использовались наставления различных суфийских школ в области нравственного самосовершенствования.

Суфизм или тасаввуф – сердцевина Ислама, его квинтэссенция и составная часть, обращенная к душе. Цель суфия - достичь совершенного состояния и слияния со Всевышним. Совершенство в первую очередь через борьбу со своим эгоизмом, нафсом. Нафс - это сущность человека, его Эго. Контролировать нафс – значит взять верх над желаниями и мечтами, гневом, быть терпеливым. Основная тенденция нафса заключена в том, что он бесцеремонно навязывает свои желания, беспокоясь только о собственной удовлетворенности. Разум, в противоположность нафсу, является сдерживающей силой и советником, рекомендуя нафсу уместные поступки, которые надлежат совершать, и советуя, от каких поступков следует воздержаться. Хотя некоторые люди руководствуются разумом, большинство подчиняется только нафсу.

Осман Нури Топбаш упоминает 7 видов нафса [5, с. 132-150]:

Нафс аммара. Этот вид нафса обладает самыми низкими свойствами. Согласно представлениям суфиев, именно этот нафс толкает человека к Богопротивным поступкам, он ведет против Божественных повелений. Слово "аммара" означает "упорно повелевающий". Цель этого нафса заключается в стремлении к безграничному удовлетворению своих низменных желаний. Этот нафс является рабом искушений и «помощником шайтана». Чтобы избавиться от влияния *нафса аммара* и перейти к степени *нафс левамма*, нужно ежедневно работать над собой, духовно воспитать себя, заниматься ежедневным самоанализом.

Нафс Леввама. Слово "лавм" означает "укор, упрек". Нафс леввама - это нафс, укоряющий себя за проявленную беспечность в выполнении божественных повелений и испытывающий угрызения совести. Человек на этой ступени, покающийся и освободившийся от некоторых поступков нафса аммара, частично избавился от заблуждения и уменьшил стремление к греху.

Нафс Мульхама. На этой ступени мусульманин обретает способность различать добро и зло. Его сердце отдаляется от всего, что отвлекает от Всевышнего. Теперь его волнует не внимание народа, а положение перед Господом. Истина веры проникает в глубины его сердца.

Нафс Мутмаинна. На этой ступени все негативные черты уступили место положительным. И сутью становится прекрасная нравственность, подобная нравственности Пророка Мухаммада. Сердце раба Аллаха наполнено терпением, упованием на Всевышнего, покорностью и довольством. Душа его всегда занята поминанием Аллаха.

Нафс Радыйя. Это нафс, который постоянным стремлением к Аллаху, достиг осознания единения с Ним, покорный Его повелениям и мудрости и довольный своим Господом. Раб, поднявшийся на эту ступень, отказался от собственной воли, и полностью покорился Воле Всевышнего.

Нафс мардыйя. Термин предшествующий - "Радыйя" - употребляется в отношении тех, кто доволен Аллахом; термин "Мардыйя"- в отношении тех, кем доволен Создатель. У нафса, который достиг степени мардыйя и которым доволен сам Аллах, уже нет отрицательных свойств. Верующий на этом ступени анализирует свой нафс (все стороны души) наилучшим образом. При каждом вздохе наблюдая за своей душой, он всегда находится в состоянии готовности против козней шайтана.

Нафс камила. Нафс камила (совершенный)- нафс, ставший чистым, ясным и совершенным в результате очищения. Суфии считают, что тем, кто достиг этой ступени, за их совершенство и высокую духовность Аллах даровал способность воздействовать на людей, выводя их из заблуждения.

Когда нафс достиг высшей ступени совершенства, он переходит на уровень сердца. Об этом рассуждает Джавад Нурбахш [4, с.83-90]. Суфизм исследует способы очищения внутреннего мира человека от болезней сердца (таких, как злоба, зависть, обман, любовь к похвале, гордыня). С точки зрения суфизма, Дух (Рух-и Султани) - источник добра, а нафс (Рух-и Шайтани) - зла [5, с. 113-116]. Любовь это армия духа, а страсти - армия нафса. Сердце расположено между двумя этими владыками, и победивший из них покоряет и сердце. Человек постоянно существует и строит свою жизнь на фоне внутренней борьбы этих двух противоположных полюсов. Когда одерживает верх «рух-и султани», он совершает благие поступки и проявляет прекрасные черты характера, но когда, наоборот, побеждает «рух-и хайвани», человек, впадая в грехи, грязнет в пороках. Арабское название сердца, калб (вращение), указывает на его срединное положение между нафсом и духом.

Покорение нафса возможно тремя способами. Первый способ – это лишение нафса всех его желаний и страстей. Как упрямое животное становится покладистым, если его меньше кормить, так и нафс становится покорным, если лишить его того, чего он хочет. Второй способ – нагрузить его бременем *ибадата* (поклонения). Поистине, при уменьшении корма и

увеличении тяжести груза упрямо́е животное, теряя силы, становится покладистым. Так же ведёт себя и нафс. Третий способ – просить помощи у Всемогущего и Превеликого Аллаха в борьбе против своего нафса, умоляя Его о поддержке, ибо Он сотворил нафс и Он лучше знает его сущность и состояние.

Моджахада означает “стремиться” или “вести сражение”[4, с.49-50]. В суфийской терминологии он означает “сражение с нафсом” посредством контроля над его желаниями и превращения его предосудительных свойств в похвальные. Для обычного искателя “сражение с нафсом” означает соблюдение духовной практики и сопротивление аппетитам нафса; для избранного это преображение свойств нафса в Божественные атрибуты.

Джиха́д (от араб. — «старание», «напряжение усилий») — понятие в исламе и суфизме, означающее усердие на пути Аллаха. Виды джихада: «Джихад сердца» («Великий Джихад») — это борьба со своим внутренним нафсом, со своими духовными и социальными пороками. «Джихад языка» — это призыв к другим людям с «повелением одобряемого и запрещением порицаемого». «Джихад руки», когда человек уже может и считает, что он может пресекать какие-то нарушения. И только в случае прямой и очевидной агрессии против мусульманина, его семьи, страны, религии и возникшей отсюда необходимости самообороны или оборонительной войны разрешается «джихад меча».

Когда, например, некие группы мусульман на территории Европы, США, в ряде мусульманских стран или на Северном Кавказе совершают теракты, оправдывая их джихадом (отчего их прозвали «джихадистами»), то это не является законным с точки зрения шариата.

Заключение и выводы. На мой взгляд, первоисточником, «сердцем» мусульманской религии является суфизм. А сердцевиной суфийской практики во все времена была и остаётся практика нравственного самосовершенствования, практика борьбы со своим эгоизмом. Это – истинное лицо Ислама, религии милосердия и добра.

Литература

1. Абдуль-Кадыр Иса, “ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О СУФИЗМЕ”. (Истина суфизма) Москва. Издательский дом “Ансар”. 2012. 272 с.
2. Абу Хамид Мухаммад ал-Газали ат-Туси. Классическое суфийское сочинение “КИМИЙА- ЙИ СА’АДАТ” (“Эликсир счастья”). Казань: Академия познания, 2007. 175 с.
3. НАСТАВЛЕНИЕ ВЕРУЮЩИМ (“ВОСКРЕШЕНИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ НАУК”. Абу Хамида Аль Газали (1058-1111г.) в кратком изложении шейха Мухаммада Джамаль ад-дина аль-Касими. М.: Фонд «Ибрагим Бин Абдулазиз Аль Ибрагим», 2002. 664 с.

4. Нурбахш, Джавад ПСИХОЛОГИЯ СУФИЗМА. М.: Амрита-Русь, 2004. 160 с.
5. Топбаш, Осман Нури. ТАСАВВУФ: от Имана к Ихсану. М.: «Сад», 2008. 488 с.

УДК 125

Э.С. Глимьянова

ЧЕЛОВЕК КАК КОНЕЧНО-БЕСКОНЕЧНОЕ СУЩЕСТВО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

Резюме. Бесконечность и одновременно завершенность выражают противоположные стороны материального мира человека. С целью исследования соотношения этих двух понятий с бессмертием и смертью, находим их взаимосвязь. Конечность, присущая человеку, неизбежное движение к смерти. Бесконечность также имеет место в реальном мире, оно выступает как эволюционно-генетическое чередование жизней, что подтверждает бессмертие человека.

Ключевые слова: бесконечность, конечность, смерть, жизнь, бессмертие.

E.S. Glimyanova

A MAN AS FINITE-INFINITE BEING

Bashkir state medical university, Ufa

The Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines

Summary. Infinity and perfection at the same time represent the opposite side of the material world of man. The purpose of the study the ratio of these two concepts of immortality and death, find their relationship. Finiteness, inherent in the person, the inevitable movement toward death. Infinity is also the case in the real world, it appears as evolutionary and genetic alternation of lives that affirms the immortality of man.

Keywords: infinity, finiteness, death, life, immortality.

Актуальность. Человек – уникальное существо, воплощающее в себе два абсолютно противоположных понятия – бессмертие и смерть, являющиеся переходной формой его существования, которые рассматриваются как бесконечность и конечность соответственно.

Человек удивителен: только он, зная о неизбежной конечности своей жизни, верит, а в наши дни уже и делает все для того чтобы сделать ее бесконечной.

Цель исследования. Соотношение и поиск точек соприкосновения двух начал – конечности и бесконечности с понятиями смерть и бессмертие.

Материалы и методы : При рассмотрении проблемы взаимосвязи конечности – бесконечности и смерти-бессмертия в работе использованы общепhilософские методы.

Результаты и обсуждения. Конечность – это временность всего сущего, противоположное бесконечности. Ограничивая человеческую жизнь в пространстве (речь идет о территориальных границах) и во времени (продолжительность жизни) она сводится к понятию неизбежной гибели живого. Однако наше сознание должно понимать, что этот промежуток дается нам на наслаждение и проведение с пользой каждого мгновения земной жизни, на прогрессирование человечества. Обхват ее границ связан с отсутствием времени на бессмысленные размышления и предотвращение бездействия человека, которые, к сожалению, в современном обществе встречаются часто; и эти лица можем объединить в понятие «одномерный человек» по Маркузе [1, 365]. Неважно сколько времени дается определенному человеку, потому что за 20 лет можно выстроить жизнь настолько красочной, плодотворной, стремящейся к идеалу, что не всегда удается людям пожилого возраста. Бенджамин Франклин писал: «Некоторые люди умирают в 25 лет, а в могилу попадают только в 75».

Бесконечность – понятие неземное, что-то сверхъестественное, которому всегда есть место в реальном мире. О бесконечности можно судить исходя из религиозных представлений, из философских теорий, математики.

Впервые представление о бесконечности мира было введено древнегреческим философом Анаксимандром (VI в. до н.э.) [2, 46]. По Анаксимандру Вселенная – нечто бесконечное, не имеющее ни начала, ни конца; развивающаяся сама по себе, без вмешательства богов.

Анаксимандр, будучи представителем человечества до нашей эры, раскрыл понятие бесконечности только в широком смысле, можно сказать поверхностно. Сквозь века, тысячелетия, даже представить было сложно, что на сегодняшний день это понятие затронет самого человека, и мы можем смело утверждать, что бесконечность – эволюционно-генетически закодированное индивидуальное чередование жизней.

Проблема бесконечности не обходит стороной многих великих философов. По мнению В. С. Соловьева нравственный смысл человеческой жизни выступает как процесс совершенствования ее социальной сущности и духовных оснований [3, 281].

Если присмотреться к новорожденным, и сравнить между собой поколения, можно сделать вывод о том, что физиология человека осталась неизменной. Но всё же становится ясным существенное отличие – эволюционировавшее сознание.

Эволюционирует сознание. Конечно же, не отдельно взятого младенца, а коллективное сознание, частью которого мы все являемся и вносим свой вклад в его трансформацию. Наш опыт познания в различных жизненных ситуациях, безусловно, делает лично нас мудрее, и параллельно с этим поступает в копилку коллективного психического. И новорождённые приходят в этот мир уже с приличным багажом знаний и навыков предков и собственных предыдущих жизней. Всё это сохраняется в ДНК. С каждым новым поколением мы расширяем горизонты, открываем новые двери, возможности становятся безграничными, поднимаясь еще на одну ступень выше. Творец – наш Всемогуший идеал. Мы ищем подобное, стараемся воспроизвести, соответствовать, хотим найти ответы на вопросы, при этом эволюционирует наше сознание. Мы стремимся познать Бога, ради этого мы возвращаемся из жизни в жизнь.

Таким образом, жизнь человека – видовое время, эволюционно-генетически закодированное индивидуальное чередование жизней как условие существования человечества, не имеющая своего конца. В сегодняшнее время все усилия ученых направлены на достижение максимума биологической жизни человека. Наука изо дня в день смело совершает шаги вперед, высшей степени развития достигли искусственные способы продления жизни (трансплантация, технология бионики, генная инженерия и др.), говорится даже о том, что человечество стоит: «...на пороге новой эры, когда медицина превратит HOMO SAPIENS в HOMO LONGEVUS (Homo Longevus –человек долгоживущий, сверхдолгожитель)».

Человек пытается воплотить в жизнь реальное бессмертие – сделать себя бесконечным. Однако неизвестно какие последствия за собой понесет это течение, возможно это будет неисправимой ошибкой и наказанием для всего человечества. Как сказал Махатма Ганди: «Мы не знаем, что лучше – жить или умереть. Поэтому нам не следует ни чрезмерно восхищаться жизнью, не трепетать при мысли о смерти. Мы должны одинаково относиться к ним обоим. Это идеальный вариант» [4, 2].

Выводы. Размышляя о смерти и бессмертии, мы возвращаемся к проблеме существования человека как конечно-бесконечного – хранителя памяти о прошлом и продолжателя всех объективно значимых людских начинаниях.

Смерть является тенью человека, сопровождающая его в течение всей жизни. Знание о смерти дает ему свободу, избавляя от подчинения; мощнейшую силу, чтобы оправдать свое существование и найти в ней смысл в краткий срок. После себя мы оставляем жизнь, и эта жизнь – часть нас – намного лучше, насыщенная набором усовершенствованных знаний, с более богатой ДНК, которое дает начало новому, совершенно иному поколению; но по сути

это действительно часть нас, а значит мы – пусть и в малой степени – бессмертны. Этот неопровержимый факт подтверждает нашу бесконечность.

Литература

1. Маркузе Г. Эрос и цивилизация. Одномерный человек: пер. с англ. А. Юдина / Под ред. Л. Жаровского М.: АСТ, 1994. с. 528.
2. Мотрошилова Н.В. "Беспредельное" ["апейрон"] в философии Анаксимандра / История философии. Запад-Россия-Восток. Книга первая. Философия древности и средневековья. М.: Греко-латинский кабинет, 1995. с. 480.
3. Соловьев В. С. Соч.: В 2 т. М., 1988. Т. 1. с. 892.
4. Махатма Ганди. Цитаты и афоризмы. М., 1995. с. 36.

УДК 1 740

К.В. Храмова, Р.Ш.Джафарова

**ВЛИЯНИЕ ЙОГИ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы.**

**Башкирский государственный медицинский университет
(Уфа, Россия).**

Резюме: В данной работе мы изучили влияние йоги на психосоматические расстройства и эмоциональное состояние людей. Был проведен опрос среди девушек, которые занимаются йогой и тех, кто не использует специальные методики для поддержания своего психоэмоционального состояния. Сделан вывод о том, что йога положительно влияет на психосоматику и улучшает эмоциональное состояние людей, помогает расслабиться и отстраниться от ненужных мыслей, улучшить свою физическую форму и, таким образом, повышает качество жизни современного человека.

Ключевые слова: йога, психосоматика, эмоции, саморегуляция, здоровье.

Khramova K. V., R.Sh. Dzhafarova.

***THE INFLUENCE OF YOGA TO THE PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND
EMOTIONAL CONDITION OF PEOPLE.***

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work.

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia).

Resume: In this work we have investigated the influence of yoga to psychosomatic disorders and the emotional condition of people. Conducted a survey among girls, that deal with by yoga and among those, that don't use the special methods for mintenance of their psychoemotional condition. Made the conclusion about that the yoga has the positive effect on the psychosomatics and improves the emotional condition of people, helps to relax and to move away from the unnecessary thoughts, to improve physical form and thus improves the quality of live of modern man.

Keywords: yoga, psychosomatics, emotions, self-regulation, health.

Актуальность исследования: В настоящее время, никто не будет оспаривать тот факт, что физическое состояние человека напрямую связано с его психическим здоровьем. Изучение психосоматики и эмоционального состояния человека показывает нам, насколько сильно зависит здоровье и настроение человека от его состояния души. Наши мысли,

настроение, любовь или ее отсутствие, умение находить или увидеть вокруг себя красоту и наслаждаться ею, способность быть счастливым, наш характер и отношение к успехам и неудачам – все это составляющие нашего эмоционального, а значит и физического благополучия. Анализ философских направлений направленных на достижение этого благополучия, а именно к таким направлениям относится йога, является особо актуальным в условиях современной насыщенной стрессами действительности.

Цель исследования: Изучение влияния занятия йогой на психоэмоциональное состояние человека.

Материалы и методы исследования: изучение психологической, философской и медицинской литературы по теме исследования и анкетирование. Тест на стрессоустойчивость (С. Коухена и Г. Виллиансона) людей занимающихся и не занимающимися духовными практиками направленными на коррекцию эмоционального состояния;

Понятие психосоматики и эмоционального состояния человека, их роль и место в современном обществе.

Психосоматика (греч. *psyche* - душа, *soma* - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Наиболее общее эмоциональное состояние, окрашивающее в течение длительного времени все поведение человека называется настроением. Оно весьма разнообразно и может быть радостным или печальным, веселым или угнетенным, бодрым или подавленным, спокойным или раздраженным и т.п. Настроение является эмоциональной реакцией не на прямые последствия тех или иных событий, а на их значение для жизни человека в контексте его общих жизненных планов, интересов и ожиданий.

Жизнедеятельность современного человека, особенно в условиях научно-технического и технологического прогресса, настолько интеллектуально и психо-эмоционально напряжена, что она объективно наполняется массой патогенных, стрессогенных ситуаций и факторов. Ведь современный человек живет в *особой* эмоциональной и информационной среде, в которой «ни идеология, ни нравственная регуляция не оказывают достаточного влияния и не содержат конкретных предписаний к действиям» [1, С. 248], что оказывает отрицательное влияние на его психическое и физическое здоровье. Об остроте современной психосоматической ситуации свидетельствует то обстоятельство, что многими медицинскими работниками признается тот факт, что значительный процент всех

заболеваний в той или иной мере связаны с психологическим стрессом. Научно-технический прогресс, изменяющийся под его воздействием окружающий человека мир и современное общество препятствуют нормальному (привычному) функционированию организма. У современного человека недостаточно сформирован навык и умение определять свои потребности, взаимодействовать и управлять собственными эмоциями и чувствами, к тому же общество требует, чтобы человек сдерживал свои чувства, особенно отрицательные, и не давал им проявиться в определенной обстановке.

Влияние йоги на эмоциональное состояние человека

Все, что мы переживаем, так или иначе отражается на состоянии тела и души. Наши стрессы, страхи и травмы, которые сознание не в силах вместить, вытесняются в подсознание. Они могут привести к зажимам, мышечным спазмам, ограничению подвижности тела. Такие методики как телесно ориентированная или танцевально-двигательная терапия помогают достать подавленные эмоции и комплексы из тела и перевести их из подсознания в сознание, чтобы прожить и отпустить.

Йога действует похожим образом. С помощью практики действительно можно прийти к душевной гармонии, но часто это довольно долгий и непростой путь. Йога — не симптоматическое средство, она работает с первопричинами проблем. Это скелеты, которые прячутся в шкафу вашего тела.

Снимая мышечные зажимы и восстанавливая подвижность суставов с помощью йоги, мы получаем возможность осознать причину того или иного ограничения. Болевые, неприятные или просто необычные ощущения в теле во время практики способны многое рассказать, если достаточно чутко слушать. В самом начале практики вы, возможно, ничего не осознаете. Вместо этого вы можете испытывать перепады настроения, приступы гнева или желание плакать без видимой причины. Именно на этом этапе важно не бросить занятия, а продолжить практиковать, очень внимательно и бережно прислушиваясь к ощущениям в теле и колебаниям эмоций. Возможно, скоро в сознании всплывут события вашей жизни, которые являлись истинной причиной телесного дискомфорта или ограничения.

В философии йоги существует такое понятие, как энергетические центры. Более привычное их название — чакры. Каждая чакра связана с определенным отделом тела и аспектом личности: муладхара-чакра в основании позвоночника — осознание права на жизнь, понятие «я есть»; свадхистхана-чакра чуть ниже пупка — эмоции и желания; манипура-чакра в солнечном сплетении — сила воли и способность к концентрации; анахата-чакра в центре грудной клетки — безусловная любовь и принятие; вишудха-чакра в основании горла — творчество и самовыражение; аджна-чакра в области межбровья —

интуиция и внутреннее видение; сахасрара-чакра на макушке — связь с божественным началом.

Результаты проведенного анкетирования: Нами было проведено анонимное анкетирование среди девушек от 20 до 30 лет, которые занимаются йогой в фитнес-клубе «Fitness Land» на протяжении месяца, полугода, года и более и девушек не использующих техники снижения психоэмоционального напряжения.

В результате исследования было выявлено, что субъективное ощущение полного внутреннего спокойствия приобрели 76,7% , частичное 16,7% и не почувствовали разницу 6,7% опрошенных.

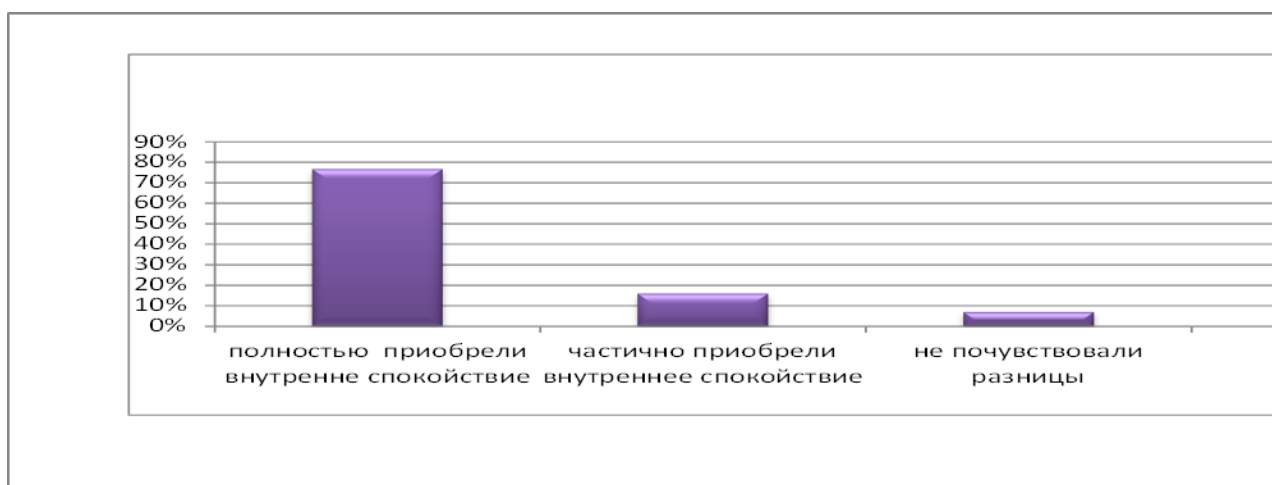


Рис. 1. Сравнительная диаграмма субъективного ощущения респондентами внутреннего спокойствия.

Также был проведен тест на стрессоустойчивость среди девушек занимающихся и не занимающихся йогой, который показал, что среди людей, не занимающихся йогой, 63% характеризующиеся средним уровнем стрессоустойчивости, их раздражают только очень неприятные вещи. Не драматизируя повседневные невзгоды, они способны легко забывать о них; 25% у респондентов с низким уровнем стрессоустойчивости, их раздражает почти все, даже самое незначительное. Они вспыльчивы и легко выходят из себя. Это расшатывает их нервную систему, усиливая трения с окружающими; и 12% респондентов показали высокий уровень стрессоустойчивости, их очень сложно вывести из равновесия. А это гарантия против непродуктивного переживания стрессов.

Респонденты занимающиеся йогой показали следующий результат: 69% высокий уровень стрессоустойчивости и 31 % средний уровень. Людей с низким уровнем в данной категории опрошенных не выявлено.

Выводы: Выявлено, что раздражительность влияет на соматическое здоровье, на эмоциональное состояние человека, мысли и эмоции человека могут влиять на его

физическое состояние, вплоть до возникновения заболеваний или исцеления, приобретение внутреннего спокойствия. После проведенного анкетирования с уверенностью можно сказать, что занятие йогой значительно снижает стресс, агрессию и раздражительность человека и занятие подобными духовными практиками вполне можно порекомендовать пациентам, имеющим психосоматические заболевания.

Литература

1. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. Вісник Психоневрол. – 2001. – т.9, вып.4. – С. 79-82;
2. Свами Шивананда. «Новый взгляд на традиционную йогатерапию». пер. А.Сидерского. - Киев, София, 1994 г.;
3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты, доклад на ОКМ РАМН, 1998 г., RE. Moulder's World;
4. Тополянский В.Д., Струковская М.В., Психосоматические расстройства.- М. Медицина, 1986 г.;
5. Храмова К. В., Социокультурная обусловленность самосознания личности // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). Рига-Москва, 2012. №8 (24). С. 245-251.

УДК 159.922.2

Е.Ю. Жирухина, Р.А. Нигматзянова

**«ВИРУС ПОТРЕБИТЕЛЬСТВА» И ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ
СОВРЕМЕННОСТИ**

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Сегодня наше общество смело можно назвать обществом потребления, выражаемое тем, что наши потребности носят материальный характер и сводятся к тому, чтобы удовлетворять их любой ценой. Начинается экологическая проблема с индивидуального поведения человека.

Ключевые слова: потребление, гедонизм, экология, экологический императив.

E.U. Zhirukhina, R.A. Nigmatzyanova

**«VIRUS OF CONSUMERISM» AND ENVIRONMENTAL IMPERATIVE OF
MODERNITY**

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

Bashkir state medical university, Ufa

Resume. Today, our society can be safely called consumer society, expressed in the fact that our needs are material in nature and are reduced to, to meet them at any cost. It starts with the environmental problem of individual human behavior.

Keywords: consumption, hedonism, ecology, ecological imperative.

Актуальность: Современное российское общество характеризуется переходным образом жизни, в котором нашли свое место элементы, представляющие разные исторические эпохи, типы обществ, культур и социально-экономических систем, что они часто плохо сочетаются между собой. Иными словами, смысловое пространство потребления в современном российском обществе включает как смыслы советского периода, так и новые элементы. Смысл потребления, свойственный переходному образу жизни, является отнюдь не сиюминутным, так как такой образ жизни может продлиться и несколько десятилетий.

Цель исследования: Рассмотрение потребления, как процесса удовлетворения потребностей, которое основано на подходах экономической теории. Но кроме экономической теории, проблематикой потребления занята также экономическая социология. Потребление традиционно рассматривалось либо как материальный процесс,

укорененный в человеческих нуждах, либо как идеальная практика, укорененная в символах, знаках и кодах. В этом и заключается основное различие.

Материалы и методы: При рассмотрении проблемы взаимосвязи потребительства и экологического императива в работе использованы методы – герменевтический, исторический, утилитарный и дедукции.

Для пояснения значимости проблемы «экологического императива» используется метод анализа, путем раскрытия сущности человека, основанный на разьяснении его природы, о том, что он собой представляет, и что научно-технический прогресс и социальная несправедливость при распределении достигнутых благ ведут людей на край пропасти. Помимо этого, при рассмотрении экологической проблемы включается герменевтический метод, основанный на толковании текстов через философский анализ. Т.е. сама проблема раскрывается с влияния человеческой культуры на экологический кризис, который поставил под угрозу дальнейшее существование человеческого общества. Также методом дедукции более поверхностно раскрываются демографическая и продовольственная проблемы, которые относят к глобальным проблемам человечества, где огромным препятствием реализации экологического императива служит стремительный рост населения, ведь потребности в природных ресурсах и темпы увеличения производства намного опережают увеличение населения [13, 16].

Что касается понятия «вирус потребительства» в полной мере мы не найдем однозначного определения. Связано это с тем, что в разные периоды развития истории, понятия потребления будут включать в себя различные определения. К примеру именно в капиталистических странах, отношение потребительства связано с экономической основой общества.

Далее исходя из выше сказанного, с позиции современного подхода можно дать следующее определение: «вирус потребительства»- это массовое потребление материальных благ, изначально вредных для человека (региона, народа, государства). Которое разрушает моральные и нравственные устои, формируя соответствующие «новые» системы ценностей.

Причем социальные потребности (как общественного субъекта) у человека рождаются в процессе деятельности. В отличие от физических они не зарождаются природой, не передаются генетически, а приобретаются в ходе становления и развития человека как личности непосредственно в обществе [2, 15].

Результаты и обсуждение: Сегодня мы живём в цивилизации потребления. Если во времена Декарта говорили: «Мыслю, следовательно, существую», то теперь: «Потребляю,

следовательно, существую». И этот недуг, это отступление от депрессии поразили Запад уже давно, а сейчас и Россию [9, 39].

Общество потребления формируется как следствие появления широкого среднего класса, которое создает богатую и сложную потребительскую культуру. Средний класс – это класс, который, собственно, и сформировался в рамках социального государства, еще в советское время. Средний класс был основным бенефициаром (выгодоприобретателем) социального государства, и именно он сформировал современную мощную потребительскую культуру. Естественно, для реализации своего потребительского запроса, необходима была и соответствующая индустрия производства товаров потребительского назначения, что на данный момент не является проблемой [12, 78].

В развитых странах эта культура постоянно изменяется, становясь все более сложной и многообразной. В итоге она находит тенденцию к исчезновению. То есть в пределах самого общества потребления возникают установки, направленные против издержек нерациональной потребительской культуры. Однако в своем развитии общество может само справиться со своими проблемами, способными свести к минимуму издержки неограниченного потребления [1, 40], [6, 2].

Перейдем к рассмотрению гедонизма, который в современном понимании отходит от своего первоначального значения. Так Фролова дает следующее понятие: «гедонизм (от греч. *hedone* – наслаждение) – тип этических учений и нравственных воззрений, в которых все моральные определения выводятся из наслаждения и страдания. В систематизированном виде как тип этического учения гедонизм был впервые развит греческим философом А. Киренским (435-355 до н.э.), учившего, что добром является всё то, что доставляет наслаждение. Сама культура гедонизма возникла как потребность благовидного культурного оформления «животной» стороны жизнедеятельности вида «Человек Разумный», и можно сказать у человечества получилось красиво выразить в ней в чистом виде свои животные потребности, отбросив то, что отличает человека от животного. Но разница в том, что сами животные не стремятся к наслаждению. Они руководствуются инстинктами выживания, наслаждаясь принятием пищи и убегая от источника опасности. Эти инстинкты сводятся к защите себя и своего потомства, добычи для пропитания. А к примеру взяв людей, которые следуют животным инстинктам, возвели в культ огромный спектр всевозможных удовольствий (в том числе и от получения пищи, как у животных) и научились самым изощрённым методам психологически уклоняться от неприятных эмоциональных ощущений. В этом и суть гедонизма – в специфической иерархии ценностей. На вершине её находятся удовольствия (всё, что приятно и что можно потреблять без особого труда и

усилий), физическое и материальное благополучие и комфорт. Остальные ценности вторичны. » Мы солидарны с ней, поскольку гедонизм, который рассматривается не по Эпикуру, как получение духовного наслаждения, а как удовлетворение своих насущных, физиологических потребностей.

Социальный гедонизм одна из проблем нашего поколения. Для многих людей цель в жизни не создавать, а получать; не созидать, а потреблять [5, 90].

Потребительское отношение к природе приводит первостепенную из всех глобальных проблем – экологическую. Тема экологического коллапса постоянно звучит в средствах массовой информации, провоцирует природоохранные движения, становится объектом многих научных работ.[9,115]

Но везде имеются ограничения, и рассматривая экологический императив, как главный источник порядка в экономике мира Н.Н. Моисеев разработал и ввел научный оборот в понятии «экологический императив», которое означает «ту границу допустимой активности человека, которую он не имеет права переступить ни при каких обстоятельствах» [3, 432].

Человек забыл, что окружающий мир - это отражение самих людей, и если он загрязняет и разрушает среду обитания, то в первую очередь вредит собственно себе. Об этом свидетельствуют те заболевания, с которыми сталкивается современный человек [7, 50].

В настоящее время потребительская цивилизация перешла грань, за которой происходит разрушение окружающей среды. Поэтому формирование экологического мировоззрения и поведения представляет не легкую задачу, так как человечество поставлено перед острой необходимостью найти такой способ своего развития, путем которого можно было бы согласовывать потребности человека и его активную деятельность с возможностями биосферы. Только такой способ деятельности дает надежду на то, что будет сохранена возможность на дальнейшее развитие человечества. И как видим, на данный момент заканчивается эра широкого использования потенциала биосферы: практически не осталось неосвоенных земель, систематически увеличивается площадь пустынь, изменяется климат (парниковый эффект, глобальное потепление), сокращаются площади лесов, разрушается озоновый слой и изменяется содержание газов в атмосферном воздухе(количество углекислого газа увеличивается ,а кислорода уменьшается)[11, 87].

Заключение и выводы: Если обратить внимание на современный мир - можно увидеть, что каждый из нас «патологический» потребитель. Ведь вся система человечества основана на системе потребления. Наши шкафы наполнены одеждой, но при этом мы покупаем новую одежду, следуя законам моды и общества; у нас еще функционирует старый телефон, но нам все равно нужно купить новый – более совершенный и модный; вышла новая модель

машины – необходимо купить, хоть и старая еще не вышла из строя. Мы не замечаем, как идем на поводу у общества, которое опирается на эту систему. И ведь каждый из нас принимает участие в ее формировании и росте. Т.е. получается так, что наше общество само создает систему потребления и в итоге страдает от нее, при этом четко осознавая всю суть этой проблемы [4, 50].

Философия потребительства, породившая общество потребления, породила и все остальные экологические проблемы. Люди нескончаемо потребляют, за счет этого ему требуется все больше и больше ресурсов (полезных ископаемых, еды, воды), возможностей, энергии и т.д.

Главное что требуется современному обществу, это понимание того, что нужно потреблять столько, сколько необходимо человеку для развития и нормальной жизнедеятельности.

Литература

1. Алешина И.В. Поведение потребителей: Учеб. пособие для ВУЗов. М.: ФАИР-ПРЕСС, 1999.-384 с.
2. Афанасьева О.Г. Особенности формирования экологических потребностей молодежи: дисс. на ...к. филос. н. Уфа, 2009.-153 с.
- 3.Варга Е.С. Избранные произведения: В 3 томах. М.: Наука, 1974. Т. 2. Экономические кризисы. – 439 с.
- 4.Гэлбрейт Д. - Экономические теории и цели общества/Перевод с англ., под ред. Иноземцева Н.Н.-М.:прогресс,1979.-406 с.
5. Жилина Л.Н., Фролова Н.Т. Проблемы потребления и воспитание личности. М., 1969.-176с.
6. Ильин В. И. Анализ форм потребления. [Электронный ресурс] Режим доступа: [<http://socio.rin.ru/cgi-bin/article.pl?id=683>]
7. Ильин В. И. Общество потребления: теоретическая модель и российская реальность. Мир России: социология, этнология. 2005.-542 с.
8. Ильин В. И. Поведение потребителей. Санкт-Петербург, 2000.- 224 с.
- 9.Кальдигушев А.Х. // Вестник БГМУ 2007 .№1 .-113-115 с.
- 10.Ковалева Н. А. Поведение российского потребителя. [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://sun.tsu.ru/mminfo/000063105/294/image/294_186-188.pdf]
11. Кочуров Б.И. География экологических ситуаций (экодиагностика территорий). – М.: ИГ РАН, 1997.-156 с.

12. Некрасов С.И.: Современные проблемы коэволюции. М.: Академия Естествознания, 2010.-103 с.

13. Фролова И.В. Современный человек и экология: на пути к новой этике. Уфа, 2008. 7-12 с.

УДК 101.8:113

А. М. Зиннатуллина

ДИАЛЕКТИКА ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Мы изучили проявление законов диалектики в эмбриональном развитии плода человека. Показано, что все три основных закона диалектики: закон единства и борьбы противоположностей, закон перехода количественных изменений в качественные и закон отрицания отрицания отчетливо отражены в процессах, которые претерпевает зародыш при развитии.

Ключевые слова: эмбриональное развитие, законы диалектики, зародыш человека.

А. М. Зиннатуллина

DIALECTICS OF THE HUMAN EMBRYONIC DEVELOPMENT

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Resume: We studied the expression of the laws of dialectics in the embryonic development of the human fetus. It is shown that the three basic laws of dialectics: the law of unity and struggle of opposites, the law of transition from quantitative to qualitative changes and denial law is clearly reflected in the processes undergone by the embryo in the development.

Keywords: embryonic development, the laws of dialectics, human embryo.

Актуальность темы исследования: Медицина, как никакая другая дисциплина, нуждается в понимании процессов и явлений в их целостности. Особую роль в формировании такого целостного подхода играет философия и, в частности, философское учение о развитии – диалектика. Процесс эмбрионального развития плода – это классический пример развития, который может и должен быть описан с позиций диалектики. Однако в отечественных источниках мы не нашли специального исследования, посвященного этой проблеме. По этой причине представляется актуальным посвятить этому вопросу данное исследование.

Цель исследования: изучить проявление основных законов диалектики в эмбриональном развитии человека.

Методы исследования: В работе автор опирается на диалектический метод в изучении аспектов эмбрионального развития плода.

Рассмотрим эмбриональное развитие плода. Уже с момента оплодотворения яйцеклетки проявляется закон единства борьбы и противоположностей, суть которого заключается в том, что в основе всего лежат два противоположных начала. Так, диплоидная зигота образуется за счёт слияния двух противоположных гаплоидных половых клеток от женского и мужского организма. Таким образом, образование зиготы обуславливается взаимодействием двух генетически разных материалов. Основные категории этого закона: единство, борьба, противоположности. Противоположности – это стороны процесса. Именно взаимодействие противоположностей обуславливает возникновение противоречия. Т.е. единство и борьба - это состояние этих сторон.

После образования зиготы начинается второй этап развития зародыша - дробление. Это последовательное деление зиготы без роста образующихся клеток — бластомеров. После дробления начинается следующий этап - гаструляция. После того, как зародыш достиг стадии бластулы, в нем начинаются интенсивные передвижения отдельных клеток стенки бластулы, приводящие, в конце концов, к тому, что более менее однородный перед этим зародыш расчленяется на 2 или 3 слоя, которые называются зародышевыми листками [3].

Итак, происходит увеличение числа клеток будущего организма. Для разрешения проблемы сосуществования клеток в составе многоклеточного организма происходит дифференциация клеток, распределение их внутри организма территориально (зародышевые листки) и функционально (разные функции клеток) [2].

Разрешение противоречий между группами клеток развивающегося многоклеточного организма можно рассмотреть на примере эмбриональной индукции. Эмбриональная индукция – процесс, посредством которого одна группа клеток побуждает другую группу дифференцироваться в определённом направлении (влияние одного зачатка клеток на другой). Первичным эмбриональным индуктором являются клетки хордомезодермы., которые побуждают окружающие клетки к развитию хорды, мезодермы, нервной трубки. В свою очередь хордомезодерма индуцируется из серого серпа зиготы, возникшего после оплодотворения[3]. Таким образом, разрешение противоречий между группами клеток и взаимовлияние обеспечивает нормальное развитие (органогенез).

Итак, если закон единства и борьбы раскрывает внутренний источник развития организма и отвечает на вопрос, почему происходит развитие, то следующий закон диалектики - закон перехода количественных изменений в качественные - характеризует внутренний механизм этого развития и отвечает на вопрос, *как* происходит развитие[5]. Он

основывается на взаимосвязи двух свойств — качества и количества. Несмотря на существенные различия, количество и качество едины, поскольку они представляют собой стороны одного и того же предмета. Это единство называется мерой и представляет собой границу, определяющую пределы возможного количественного изменения в рамках данного качества. При нарушении меры количественные изменения влекут за собой качественное преобразование. Таким образом, развитие выступает как единство двух стадий — непрерывности и скачка.

- непрерывность в развитии — стадия медленных количественных накоплений, она не затрагивает качества и выступает как процесс увеличения или уменьшения существующего.

- скачок — стадия коренных качественных изменений предмета, момент или период превращения старого качества в новое. Эти изменения протекают сравнительно быстро даже тогда, когда принимают форму постепенного перехода [4].

Итак, этот закон проявляется в развитии плода в том, что увеличение числа клеток на определённом этапе развития определяет превращение однослойного зародыша в двухслойный, а затем из двухслойного в многослойный. Причем переход от стадии бластулы к стадии гаструлы возможен только при достижении зародышем определённого количества клеток [1].

В системе взаимоотношений мать – плод закон перехода количественных изменений в качественные проявляется в изменениях обмена веществ, наблюдаемых при беременности. Не существует ни одного вида обмена веществ в организме женщины, который бы в той или иной мере не изменялся во время беременности. Изменения белкового обмена характеризуются накоплением в организме беременной белковых веществ, которые являются пластическим материалом для построения тканей и органов плода.

Значительным изменениям подвергается и обмен жиров. Отмечается повышенное отложение жира на бедрах, животе, в области молочных желез. В крови беременных отмечается увеличение концентрации нейтрального жира и холестерина. В крови плода липидов содержится в $\frac{1}{3}$ — 3 раза меньше, чем в крови матери. Накопление жиров в организме матери и плода необходимо для создания запасов энергии. Расход энергии особенно велик в родах. Существенные изменения происходят и в обмене углеводов. Углеводы (в основном в виде гликогена) в повышенных количествах откладываются в печени матери и плода, в плаценте, в матке. Из организма матери углеводы (в основном в виде глюкозы) переходят к плоду. Глюкоза необходима плоду прежде всего для поддержания процессов так называемого анаэробного гликолиза — специфического процесса существования плода.

Таким образом, за счёт увеличения продукции элементов обмена веществ организм матери способствует росту и развитию плода, то есть качественно изменяется.

В целом каждый последующий значимый этап развития плода есть результат накопления предшествующих количественных изменений и преодоление границы меры (диапазона определённого качества), т.е. «скачок». Последним и, пожалуй, самым ярким примером такого скачка в эмбриональном развитии является рождение ребёнка.

Следующий закон - закон отрицания отрицания - гласит: развитие идёт через постоянное отрицание противоположностей друг другом, их взаимопревращение, вследствие чего в поступательном движении происходит возврат назад, в новом повторяются черты старого.

Этот закон отчетливо отражается на примере зародышевого сходства у позвоночных [см. рис. 1]

Отрицание старых форм новыми — причина и механизм поступательного развития. Отрицание отрицания означает, что переход из одного качественного состояния в другое произошел через отрицание старого качества, после его переосмысления и принятия в какой-то мере того, что было накоплено на предшествующей ступени. Таким образом, каждый виток процесса развития становится иным по своему содержанию и направлению, развитие продвигается закручиванием спирали [5]. С помощью этого закона можно описать не только физиологические, но и патологические процессы в системе мать-плод. В частности, он наглядно иллюстрирует стадии развития резус - конфликта матери и плода.

Таким образом, можно сделать вывод, что эмбриональное развитие организма человека происходит в полном соответствии с законами диалектиками. Это лишний раз доказывает, сколь необходимым и полезным может быть изучение основ диалектики будущими врачами. Это открывает дорогу целостному, диалектическому взгляду на человека, физиологические процессы и мир в целом.

Литература

1. Богданова Т. Л., Солодова Е. А. Биология: справочник для старшеклассников и поступающих в вузы/Т. Л. Богданова, Е. А. Солодова. М.: АСТ-ПРЕСС ШКОЛА, 2008. 818 с.
2. Биология: Пособие для поступающих в вузы Том 1. – М.: ООО «Издательство Новая Волна»: Издатель Умеренков, 2004. – 448 с.
3. Захаров В. Б. Общая биология: Учеб. Для 10-11 кл. общеобразоват. учреждений/ В. Б. Захаров, С. Г. Мамонтов, Н. И. Сонин. М.: Дрофа, 2005. 622 с.

4. Поппер К. Р., Что такое диалектика // Вопросы философии. 1995. №1. С. 118-138.
5. Энгельс Ф. Диалектика природы // Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 20. М.: Изд-во политической литературы, 1961. 550 с.

УДК 334.752.01

Ю.С. Конюхов, Л.В. Семенова

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ СОХРАНЕНИЯ
И РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В работе исследуются экономические аспекты философии развития и укрепления здоровья человека, анализируется сложившееся состояние, определяются меры по оздоровлению населения.

Ключевые слова: оздоровление, экономика, философия, государственное регулирование.

S.Y. Grooms, L.V. Semenova

**ECONOMIC PHILOSOPHY OF CONSERVATION
AND DEVELOPMENT OF HUMAN HEALTH**

The Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines

Bashkir state medical University (Ufa, Russia)

Summary. This paper investigates the economic aspects of the philosophy of development and strengthening of human health, analyzes the current state, measures for the improvement of the population.

Keywords: recovery, Economics, philosophy, government regulation.

Проблема сохранения и укрепления здоровья человека всегда была и остается приоритетной задачей стратегии развития медицинской науки Российской Федерации. Наряду с наметившимися положительными тенденциями в области здравоохранения остаются нерешенными многие задачи на уровне государственного регулирования. Зачастую они решаются бессистемно, в отрыве от логики философского размышления, приводят к снижению социально-экономического результата.

В этой связи целью научного исследования является выявление экономических основ философии сохранения и развития здоровья человека, разработка на этой основе государственных мер по его регулированию. Для достижения указанной цели были поставлены и решены следующие задачи: проанализировать экономические аспекты стратегического развития медицинской науки в России; рассмотреть философские аспекты развития и укрепления здоровья человека; выявить существующие проблемы в области здравоохранения; наметить пути к оздоровлению населения за счет учета факторов современного экономического развития.

В ходе исследования изучались отечественные и зарубежные публикации, в том числе материалы кафедры философии и социально-гуманитарных дисциплин, электронные ресурсы, Концепция развития медицинской науки Российской Федерации на период до 2025 года.

Сохранение и развитие здоровья человека во многом зависит от самого человека, государство же создает условия для наиболее полного развития и реализации его физических физиологических возможностей и способностей. При этом человеку гарантируется определенная социальная защита посредством проводимых государственных мер. Однако зачастую, эти меры носят бессистемный характер, не связаны с существующими государственными институтами, не учитывают реалии экономических изменений [5]. К примеру, при централизованно-плановой экономической системе проблеме здоровья, развитию физической культуры и спорта всегда уделялось особое внимание со стороны государства. Из государственного бюджета выделялись значительные ресурсы, а статистическая отчетность предусматривала специальные разделы по физической культуре, спорту и отдыху населения страны (регионов).

Современная централизованно-плановая экономическая система внесла существенные финансовые коррективы в решение проблем оздоровления. Бюджетные средства на развитие физической культуры и спорта стали сокращаться, и перекладываться на плечи отдельного человека, как носителя определенных индивидуальных потребностей. При этом физическую культуру и спорт чаще всего связывают не с формированием состояния здоровья человека, а со спортивными результатами, а потому и финансирование идет в основном на крупные спортивные мероприятия. Олимпиада в г. Сочи пожалуй, стала переломной, когда активизировалось финансирование некоторых спортивных кружков и секций. Каковы ориентиры дальнейшего развития спортивных и оздоровительных институтов покажет время, а пока остановимся на экономико-философских аспектах сохранения и укрепления здоровья человека.

Экономические основы сохранения и развития здоровья были заложены еще в древней Греции, где рабство было основой производства и жизни, а претендентов на власть выбирали по силе. При этом считалось, что физическое совершенство характерно только для рабов. Древнегреческий философ Аристотель писал: «у рабов тело мощное, пригодное для выполнения необходимых физических трудов; свободные же люди держатся прямо и не способны к выполнению подобного рода работ, зато они пригодны для политической жизни». Рабы, таким образом, составляли экономическую основу богатства и главный источник его увеличения. Это - «первый предмет владения, поэтому надо заботиться о

приобретении хороших рабов, которые способны долго и усердно трудиться» [2]. Во времена активного развития торговли физические способности рабов использовались в целях перевозки и переноски грузов, в сельской местности – для работы на земле, в сражениях – они становились объединяющей силой воинов и ее главной опорой. Физическая культура и спорт как совокупность институтов государства в целях оздоровления населения стали развиваться с появлением марксистской теории, в которой четко обозначились две неотъемлемые характеристики рабочей силы как «совокупность духовных и физических способностей человека». Позже, Октябрьская социалистическая революция открыла широкие возможности для оздоровления, развития физической культуры и спорта, и государство принимало в этом активное участие.

Развитие осуществлялось по трем основным направлениям: индивидуальному, групповому и общественному. На индивидуальном уровне работа проводилась с самого раннего возраста. Формировалась осознанная потребность человека к физическому здоровью и его совершенству. На групповом уровне работа по развитию физической культуры велась в коллективах, формировалась групповая психология и отношение к своему здоровью. Общественный уровень развития физической культуры и спорта реализовывался посредством формирования общественного сознания, в котором четко отражалась необходимая связь с материальной, финансовой и моральной поддержкой человека. К примеру, государство поддерживало работника увеличенной заработной платой с учетом количества членов семьи. В системе образования все оздоровительно-спортивные мероприятия проводились за счет государственного бюджета, а отличившиеся в массовых мероприятиях имели благодарности и поощрялись повсеместно по разным возрастным группам. Производственная гимнастика и сдача норм ГТО стала нормой для любого человека того времени.

В рыночной экономической системе на развитие физической культуры средства стали ограничиваться и сокращаться. Гимнастику отменили, про нормы ГТО забыли, все бесплатные кружки стали платными, государственная поддержка на воспроизводство рабочей силы была снята, финансирование многих оздоровительно-спортивных мероприятий прекращено. И только в 2014 г., когда началось существенное финансирование Олимпиады, и как следствие достигнуты высокие результаты российских спортсменов, начался новый этап по оздоровлению населения. Он характеризуется появлением ряда новых законов, определяющих условия организации, финансирования и ответственности лиц за оздоровительно-спортивную подготовку [1]. Обсуждая итоги олимпиады, президент России отметил научно-технический и волонтерский вклад в достигнутые результаты, подчеркнул

необходимость возрождения прошлых традиций сдавать нормы ГТО и учитывать их при прохождении по конкурсу. С нашей точки зрения, для сохранения и развития здоровья населения необходимо использовать не только современные достижения медицины, науки, техники, но и экономики, позволяющей применять специальные методы исследования; осуществлять комплексную оценку, правильный выбор между ценой и результатом, оптимизировать государственные затраты. К примеру, построение и использование модели «производственных возможностей» позволяет определять оптимальную медицинскую временную нагрузку на организм человека в сочетании с ценой применяемого медицинского аппарата, а проведение маркетинговых исследований позволит определить оптимальные условия оплаты медицинских услуг с точки зрения взаимодополняющего товара к основным услугам при посещении спортивно-массовых мероприятий. Связь здоровья с перспективами развития хорошо показал немецкий философ Фридрих Ницше в труде «ЕССЕ НОМО». «Мы, новые, безмянные, труднодоступные недоноски еще не доказанного будущего, - нам для новой цели потребно и новое средство, именно новое здоровье, более крепкое, более умудренное, более цепкое, более отважное, чем все бывшие до сих пор здоровья» [4]. Следовательно, философию развития и укрепления здоровья человека необходимо рассматривать не только в связи с производством, духовным, физическим и психофизиологическим состоянием рабочей силы, но и с особенностями экономического развития, применяемыми методами, современным достижением всех накопленных человечеством знаний.

Литература

1. Федеральный закон от 25.12.2012 N 257-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О физической культуре и спорте в РФ".
2. Гилен Д. История экономической мысли. - Новосибирск, 2000. - 247 с.
3. Щедровицкий Г. П. Мышление. Понимание. Рефлексия. — М.: Наследие ММК, 2005. — 800 с. — ISBN 5-98808-003-0.
4. Ницше Ф. ЕССЕ НОМО. Как становятся самим собой. Перевод с немецкого Ю.М.Антоновского /Под ред. Э.В. Мезенцева. – Харьков: «ФОЛИО», 2013. – 203 с.
5. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. – [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bashgmu.ru/nauka-i-innovatsii/strategiya-razvitiya-meditsinskij-nauki-do-2025-goda> (дата обращения: 17.03.2016).

УДК 125

Д. Х. Кылысбаева, А. М. Еникеева

**«ЗАЧЕМ НАМ МАРС?»: ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ОСВОЕНИЯ
БЛИЖАЙШЕГО КОСМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Цель исследования – раскрыть философские аспекты освоения человеком Марса и иных планет. Проанализированы объективные причины и мировоззренческие основания данного предприятия, выявлены доводы «за» и «против». Показаны социальные, ценностные и психофизиологические проблемы, с которыми столкнётся человечество в процессе активного освоения другой планеты. В то же время природа человека такова, что, несмотря на все сложности, он не может не стремиться к запредельному, вечному и бесконечному. А значит, мы не можем жить без Космоса.

Ключевые слова: русский космизм, человечество, космос, «Марс Один» (Mars One).

Kylysbaeva D.H., Enikeeva A.M.

**"Why do we MARS?": PHILOSOPHICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT OF THE
NEAREST OF OUTER SPACE**

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The purpose of research - to reveal the philosophical foundation necessary exploration of Mars and other planets. Analyzed the causes and philosophical aspects of the enterprise, found arguments "for" and "against." Showing philosophical and social problems that humanity will face in the process of active development of another planet. However, human nature is such that, despite all the difficulties, he can not aspire to transcendental and infinite. So, we can not live without the Cosmos.

Keywords: Russian space art, humanity, space, Mars One.

Актуальность: Проблема взаимосвязи человека и космоса издавна была одной из центральных в философии. Однако специальных исследований, посвященных мировоззренческим аспектам одного из ближайших и важнейших для человека космических проектов – путешествия на Марс, не существует. Данное исследование призвано восполнить

этот пробел и наглядно продемонстрировать, что именно побуждает нас к освоению ближайшего космического пространства и его планет.

Материалы и методы: Для достижения данной цели были использованы общефилософские и теоретические методы исследования, такие как: анализ и синтез, индукция и дедукция, диалектический метод и моделирование. А также материалы проекта Mars One.

«Что такое освоение космического пространства? Это, прежде всего ракеты, космодромы, подготовка экипажей орбитальных кораблей. Но есть еще одна важная составляющая, без которой самое умное железо будет мертво, и даже бесполезно, — философское осмысление нашего прорыва в космос» [5, с. 52].

На повестке дня юбилей - 55-летие первого, легендарного полета Ю.А. Гагарина в космос. И мы не без гордости можем сказать, что с тех пор человечество существенно расширило своё познание Космоса, включая ближайшие к нам планеты Солнечной системы. В частности, уже в скором времени человечество сможет наблюдать грандиозный полет человека на «Красную планету».

Существует много проектов освоения Марса, таких как Mars One, Mars Direct, Орион (МКА), Inspiration Mars, Марс-500 и других. Идея всех этих проектов заключается в подготовке людей к отправке на Марс для его изучения и/или колонизации. Например, основная цель проекта "Марс-500"- изучение психофизиологических реакций человеческого организма на длительную изоляцию.

Самым молодым и перспективным на данный момент является проект Mars One, способный, по словам ученых, осуществить мечту человечества в исследовании космического пространства. Голландская компания намерена **высадить людей на Марсе** в 2023 году. Это первый шаг на пути создания постоянной колонии на Марсе. В апреле 2023 года планируется высадить первых четырех астронавтов. Новые члены зарождающейся колонии будут прибывать каждые два года. И ни один из пионеров Красной планеты, с большой долей вероятности, никогда не вернется на Землю. Чтобы оплатить все это безумное мероприятие, руководство проекта **Mars One** собирается запустить масштабное реалити-шоу, которое будет транслироваться по телевидению[3; 4].

Давайте выясним причины, побуждающие нас к этому путешествию и освоению Красной планеты. После многочисленных исследований ученые пришли к выводу, что из всех планет Солнечной системы Марс наиболее пригоден для жизни и освоения человеком (помимо планет, в этом качестве рассматриваются также несколько спутников газовых гигантов – Титан и Энцелад, спутники Сатурна, и Европа – спутник Юпитера). В случае

глобальной катастрофы на Земле, у человечества, возможно, есть шанс спастись именно там.

Что мы сделаем с Марсом?

Для будущих поселенцев ученые провели эксперимент по озеленению планеты, вырастив на почве, идентичной марсианской, некоторые виды растений, и получили положительные результаты. Существуют проекты по озеленению Марса посредством образования искусственного парникового эффекта и создания условий для жизни неприхотливых растений, которые смогут насытить атмосферу кислородом. По некоторым смелым предположениям, это может занять не многим более 100 лет.

Но правдивы ли доводы, приведенные учеными и корпорациями о целях путешествия? У Рея Брэдбери есть замечательное произведение «Марсианские хроники», в котором он говорит: «У нас землян есть дар разрушать великое и прекрасное... Мы можем сколько угодно соприкоснуться с Марсом – настоящего общения никогда не будет. В конце концов, это доведет нас до бешенства и знаете, что мы сделаем с Марсом? Мы его распотрошим, снимем с него шкуру и перекроем ее по своему вкусу»... [1, с. 256].

Нельзя забывать о том, что для осуществления этих грандиозных планов необходимо огромное количество средств. По словам Станислава Лема (знаменитого фантаста, автора "Соляриса"), эти ресурсы правильнее было бы направить на решение глобальных проблем человечества здесь, на Земле [2].

Но что Марс сделает с нами? Во время полета и по прибытию на планету солнечная радиация будут оказывать разрушающее действие на ДНК и ткани организма человека. Слабая гравитация будет способствовать ослаблению костной и мышечной систем. Космонавты будут испытывать психофизиологические проблемы (сбиваются биологические, суточные и сезонные ритмы, изменяется течение многих физиологических процессов). Замкнутое пространство и ограничение общения будут заметно сказываться на психике человека. Пыльные бури, воздействие низких температур (зимой до -140 градусов). Тонкая и разреженная атмосфера, на 96% состоящая из углекислого газа. Если растопить все запасы льда, то образовавшаяся вода покроет весь Марс толщиной всего 4 мм.... Исследование космоса людьми - это тернистый путь очень дорогих проб и ошибок, кое-где заканчивающихся гибелью тех, которым посчастливилось сделать маленький шаг для человека и огромный шаг для человечества.

Что же толкает нас к освоению космического пространства? Представители русского космизма Н.Ф. Федоров и К.Э. Циолковский стремились донести до нас мысль о том, что человек не малая частица мира, а составная часть Вселенной и предназначен для космического будущего. Циолковский предполагал существование жизни на других

планетах, которая возникла по той же необходимости, что и на Земле (самозарождение). Циолковский верил, что люди смогут объединиться и прекратят вести между собой войны. Человек научится управлять климатом и путешествовать на другие планеты. Солнце будет окружено "небесными колониями" или "искусственными жилищами", созданными из астероидов. В эти колонии будет направлен избыток населения с Земли [7].

Сейчас, когда приближается время выбора - остаться или полететь, необходимо дать себе отчет в том, для чего же мы собрались на Марс. Мы провели независимый опрос среди 50 студентов БГМУ. По результатам исследования, мы выяснили:

1. На вопрос, «хотели бы Вы стать участником проекта Mars One?»: 38,1% ответили, что «были бы не против, но стоило бы прожить на это всю жизнь?»; 23,8% - «нет, ни в каком случае»; 23,8% - «не задумывался(лась)»; 14,3 – «хотел бы, но не позволяет здоровье».
2. На вопрос «с какой наиболее вероятной для Вас проблемой Вы столкнетесь, если согласитесь на данное путешествие?»: 47,4% - ответили «нехватка общения с людьми»; 40,1% - «психофизиологические проблемы»; 10,5% - «космическое излучение»; 2% - «необходимость восстановления здоровья вплоть до замены органов».
3. На вопрос о мотивах, толкающих людей на подобное путешествие, 43,3% ответили «интерес к исследованию нового, открытиям»; 27,7% - «желание убежать от проблем и забот жизни на Земле»; 16,6% - «любовь к экстриму»; 13,3% - желание стать знаменитым. Участников опроса беспокоил страх того, что на чужой планете они будут испытывать чувство всепоглощающего одиночества, «заброшенности», станут терять связь со всем, что было дорого им на Земле, что кардинально изменятся они сами и их мировосприятие.

Освоение космического пространства – сложное и опасное предприятие, требующее от человечества мобилизации всех его материальных, экономических, интеллектуальных и духовных ресурсов. Однако человек будет не человек, если не будет мечтать и стремиться к запредельному, вечному и бесконечному. А значит, Марсу – быть!

Литература

1. Брэдбери Р. Марсианские хроники/ пер. с англ. В.И. Скурлатова, М.: Правда, 1987. 656с.
2. Лем, Станислав: "Я не Нострадамус"// Известия, 3 февраля 2005г. [Электронный ресурс] URL: <http://izvestia.ru/news/299239#ixzz43YoVLOQe> (дата обращения: 15.03.2016)
3. Люди полетят на Марс в 2023 году, но не вернуться [Электронный ресурс] URL: <http://waxdd.livejournal.com/102292.html> (дата обращения: 17.03.2016)

4. Полет на Марс в 2023 году — билет в один конец! 2012г. [Электронный ресурс] URL: <http://turupuru.ru/?p=6223> (дата обращения: 14.03.2016)
5. Попов Д. Философия космоса// Дискуссия, ноябрь №11(71)'2011 [Электронный ресурс] URL: <http://www.r-kosmos.ru/issue/71> (дата обращения: 10.03.2016)
6. Русский космизм: Антология философской мысли/ под ред. Семенов С.Г., Гачевой А.Г., М.: Педагогика-Пресс, 1993. 368с.
7. Циолковский К.Э. Монизм вселенной [Электронный ресурс] URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Монизм_Вселенной (дата обращения: 18.03.2016)

УДК 159.9.016

О. С. Лазовая

**РЕЛИГИОЗНЫЕ КОМПОНЕНТЫ В СТРУКТУРЕ МИРОВОЗЗРЕНИЯ
СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

**Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
(Уфа, Россия), кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с
курсом социальной работы.**

Резюме: В данной работе мы изучили влияние религиозности врача на формирование его мировоззрения и профессиональную деятельность. Был проведен опрос среди студентов БГМУ и медицинского персонала Республиканского Клинического Онкологического Диспансера. Сделан вывод о том, что вера поможет врачу пережить тяжёлые страдания своих пациентов и быть более милосердным, но именно знания смогут вылечить человека от заболевания. Это может помочь в разрешении серьёзных этических проблем медицинской практики.

Ключевые слова: врач, религия, медицина, мировоззрение

L. O. Lazovaya

**THE RELIGIOUS COMPONENT IN THE STRUCTURE OF THE MODERN WORLD
PHYSIAN AND THEIR INFLUENCE ON HIS PROFESSIONAL ACTIVITIES.**

**Bashkir State Medical University, Ufa., Department of Philosophy and Social and
humanities with the course of social work.**

Resume: In this work we have investigated the influence of doctor's religion on his worldview and professional actions. We have interviewed the students of Bashkir State Medical University and the medical staff of the Republican Clinical Oncological Dispensary. We have made the conclusion that Faith can help the doctor to go through his patient's pain and helps him to be more merciful, but just knowledge is able to cure the disease. This may help in solving the serious ethical problems in medical practice.

Keywords: doctor, religion, medicine, philosophy.

Актуальность: Изучение мировоззрения специалиста-врача, в частности, его отношение к религии и принадлежность к определенным религиозным конфессиям может помочь в разрешении различных этических проблем медицинской практики. Это относится как к особенностям оказания первичной медицинской помощи пациентам, так и к

проблемам, имеющим ярко выраженный социокультурный характер, например, подход к лечению смертельно больных людей, трансплантация органов и эвтаназия.

Цель исследования: Изучение влияния религиозности современного врача на его профессиональную деятельность.

Для достижения поставленной цели выдвинуты следующие задачи:

1. Изучить главные мировоззренческие проблемы современной медицины.
2. Проанализировать влияние религиозности на личные качества и выполнение работы врача.
3. Провести опрос среди студентов медицинского вуза и медицинского персонала.
4. Сделать выводы о влиянии религиозности на профессиональную деятельность врача.

Предмет исследования: влияние религиозности врача на его профессиональную деятельность.

Материалы и методы исследования: изучение психологической, философской и медицинской литературы по теме исследования, анкетирование студентов Башкирского государственного медицинского университета и медицинского персонала Республиканского Клинического Онкологического Диспансера.

Мировоззрение врача в условиях современной медицинской практики.

В современном мире научно технического прогресса, непосредственно определяющего и медицинскую практику, зачастую недостаточно внимания уделяется особенностям мировоззрения врача, которые могут непосредственно повлиять и на постановку диагноза и на оказание помощи. Причина этого, появление большого количества медицинской диагностической аппаратуры и лекарственных препаратов. «Врач в настоящее время, все больше начинает выступать в роли посредника между лекарством, техникой и пациентом...наука отделяет врача от пациента. Современные научные достижения привели, к конечном счете, к увеличению возможности лечения болезни, но уменьшению возможности исцелять больных» [5, С. 588]. Но все это не сможет заменить ум врача, его знания должны быть глубже и вариативнее используемых стандартных технических схем. Использование знаний необходимо для сбора полезной информации о заболевании, которую невозможно получить с помощью техники. Все полученные данные соотносятся с мировоззренческими ориентирами медицинского работника, что позволяет наиболее четко проследить клиническую картину заболевания и назначить оптимальное решение. Врачу всегда необходимо сохранять самообладание и объективно оценивать ситуацию, а это

возможно только при условии наличия зрелых и устойчивых мировоззренческих ориентиров специалиста.

По мнению С. П. Боткина необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах. Нравственное развитие врача-практика поможет сохранить ему душевное равновесие.[1].

Влияние религиозности на профессиональную деятельность врача.

Медицина – уникальная профессия, требующая от врача самых разнообразных личностных свойств. Это неизменно и закономерно, как вращение Земли вокруг Солнца [4]. Качество работы медицинского персонала зависит не только от его профессиональных умений и социального положения, но и культурного развития. Вера в Бога может помочь врачу быть более удовлетворённым своей работой. Ведь религиозные и врачебные заповеди во многом схожи. И те и другие призывают человека быть терпимее и прививают любовь к своей работе.

Среди людей науки, которых можно назвать верующими, можно выделить знаменитого хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого, известного также под именем архиепископа Луки. Большинство врачей даже не подозревали о том, что автор знаменитых «Очерков гнойной хирургии» является не просто верующим, а священнослужителем, поскольку в медицинской литературе об этом не упоминалось. Он не мыслил жизни без любимой работы и всю жизнь пытался примирить две стороны своей личности. И надо сказать, что это ему удалось. Потому и шли к нему за благословением не только простые люди, но и профессора [3].

В отношении религии и медицины возникают большие споры на протяжении нескольких столетий. По мнению многих ученых и писателей, религия может помешать врачу при выполнении его профессиональных обязанностей. Ведь современные процедуры, такие как ЭКО или аборт запрещены церковью.

В рамках нашего исследования, мы, наряду с В. Гинзбургом, придерживаемся точки зрения, согласно которой научное мышление – это сочетание наблюдений или экспериментов с теоретическим анализом (часто с использованием математического аппарата) полученных результатов, и потому оно не может совмещаться с религиозной верой. Однако, мы не отрицаем, что люди науки могут верить в Бога. В своих научных работах верующие учёные о Боге обычно не упоминают, живя одновременно как бы в двух мирах [2]. До тех пор, пока это не мешает выполнению профессиональных обязанностей это личное право всех людей.

Результаты проведенного анкетирования студентов и медицинского персонала. Нами было проведено анонимное анкетирование студентов 2 курса Башкирского Государственного Медицинского Университета и медицинского персонала Республиканского Клинического Онкологического Диспансера.

В результате исследования было выявлено, что главные качества, которыми должен обладать современный врач это образованность 93%, гуманизм 75% и сдержанность 47%.

Среди всех опрошенных 36% христиане, 45% мусульмане, 3,5% буддисты и 12% атеисты. (Рис 1) Это значит, что 88% верующие люди.

77% людей утверждают, что встречались со смертельно больными людьми в больнице и 40% видели своих умирающих родственников и 10% не встречали.

91% респондентов полагают, что этот факт не оказывает влияния на их отношение к религии.

По мнению 84% опрошенных, религия не воздействует на работу врача и 16% считают, что воздействует.

Большинство людей считает, что религиозность врача не влияет на характер лечения пациента с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (75%) и 25% думают, что влияет.

В отношении эвтаназии 42% респондентов высказались «за» и 58% «против». При этом у христиан, буддистов и атеистов мнения разделились поровну. То есть 50% были «за» и 50% «против». Из мусульман 70% проголосовали «против» и 30% за эвтаназию.

Выводы

При изучении мнений студентов и медицинского персонала, можно прийти к выводу, что религия это глубоко личный выбор каждого человека. Главное в профессии врача это профессионализм. Вера поможет врачу пережить тяжелые страдания своих пациентов и быть более милосердным, но именно знания смогут вылечить человека от заболевания. Поэтому религия врача, не должна оказывать влияния на его профессиональную деятельность.

Религиозность медицинского работника не влияет на его мнение по поводу эвтаназии. Среди верующих и атеистов мнения разделились поровну. Мусульмане в большинстве «против». Это говорит о том, что выбор религии не может полностью повлиять на отношение людей ко многим актуальным медицинским проблемам.

Литература

1. Боткин, С. П. Общие основы клинической медицины / С. П. Боткин в кн: Клинические лекции. Том II. М.: Медгиз. 1950. С. 7–29.

2. Гинзбург В. Вера в Бога несовместима с научным мышлением. // Поиск, 1998, № 29 – 30; Он же. Еще раз о религии и науке. // Поиск, 1998, № 38
3. Грекова Т.И. О вере и неверии людей науки // Дни медицины и биологии в Петербурге. СПб.: б/и, 1998. С. 201–211.
4. Лемешев, А. Ф. Мировоззрение врача / А. Ф. Лемешев, Н. Ю. Кузнецова, Ю. В. Гринько // Медицинский журнал. - 2012. - № 4. - С. 146-149.
5. Храмова К. В., Азаматов Д. М. Деиндивидуализация системы здравоохранения как фактор социального риска в Российском обществе. // Вестник БГУ. 2012. Том 17. № 1(1). С. 586-589.

УДК 140.8

Ч.Ф. Латыпова

**МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
МОТИВАЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы.**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В научно - исследовательской работе рассматриваются особенности профессиональной мотивации студентов медицинского вуза. Экспериментально доказывается ее изменение в ходе обучения от идеализации образа врача и переоценки возможностей врачебной деятельности к более высокому уровню осознанности профессиональных и производительных мотивов. Сделан вывод о том, что сформированность критериев профессиональной мотивации обусловлена сроком обучения в высшем учебном заведении. Определяющее воздействие на формирование профессиональной мотивации оказывает приобщение студента к практической медицинской деятельности, его включение в профессиональную среду.

Ключевые слова: Мотивация, экзистенциальный мотив, самопознание, саморазвитие, проблема выбора

СН. F. Latypova

**WORLDVIEW FOUNDATIONS PROFESSIONAL MOTIVATION OF FUTURE
DOCTORS**

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work.

Bashkir State Medical University, Ufa

Resume: The scientific - research work discusses the features of professional motivation of medical students. Experimentally proved its change in the course of training of medical image and idealization revaluation medical practice opportunities to a higher level of awareness of professional and productive motives. It was concluded that the criteria Maturity professional motivation due to a training period at a university. The decisive influence on the formation of professional motivation has to involve students in practical medical activity, its inclusion in a professional environment.

Keywords: Motivation, existential motive, self-knowledge, self-development, the problem of choice

Актуальность: профессия врача отличается повышенной сложностью и ответственностью. Медицинский работник должен отличаться особой терпимостью и эмоциональной выдержкой. Человек, поступающий в медицинский вуз должен знать и понимать это. Каждая историческая эпоха и особенности социально-политической организации общества диктуют свои требования к будущему специалисту в любой сфере деятельности. Врач – особая категория специалиста в любом обществе, именно поэтому особенности профессиональной мотивации будущих врачей во все времена не теряет своей актуальности. Студенту медицинского вуза приходится через многое пройти, и не каждый выдерживает испытание сильными интеллектуальными нагрузками и клинической практикой. Так сколько же студентов на сегодняшний день отчисляют за неуспеваемость из медицинских университетов? По статистике примерно 10-12% студентов покидают стены университета недоучившись, а около 60% выпускников медицинских вузов, уходят из профессии сразу по завершению учебы. Данные показатели были озвучены в апреле 2013 года на заседании Общественной палаты РФ. Казалось бы, студент прошел «огонь и воду», у него хватило мотивации, все пережить: многоуровневые экзамены, бессонные ночи, тяжелые будни, бесконечные зачёты. Но факты говорят за себя, эти 60% большая проблема современной медицины.

Цель исследования: выявить особенности формирования профессиональной мотивации будущих врачей в процессе обучения в вузе.

Объект: личностно-профессиональное развитие будущих врачей в процессе обучения в вузе.

Предмет: профессиональная мотивация будущих врачей в процессе обучения в вузе.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

1. На основе теоретического анализа определить особенности профессиональной мотивации студентов БГМУ;
2. Рассмотреть специфику формирования профессиональной мотивации студентов различных курсов обучения;
3. Провести опрос среди студентов БГМУ и сделать выводы по результатам опроса.

Методы исследования: изучение философской, психологической и медицинской литературы по теме исследования, анкетирование студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Основные виды профессиональной мотивации будущих врачей.

Выбор профессии является основой для формирования профессиональной мотивации будущих врачей. Он зависит от целого ряда факторов. В научно-исследовательских работах Е.Н. Медведского, В.Д. Прошлякова, В.Г. Пускиной доминирующими факторами в профессии врача являются призвание, склонность к медицине, желание помогать людям; стремление продолжить династию врачей упоминается в работах В.В. Захарченко, Г.И. Здоровцова. В работах А.И. Алексеева утверждается, что болезнь близких или собственная, стремление получить образование, чтобы помочь себе и родным, являются движущим и специфическим мотивирующим фактором для медицинских вузов [1].

Согласно сведениям сегодняшних исследований, значимость нравственных, общественных, альтруистических мотивов в выборе врачебной специальности разнопланова. По утверждению Т.В. Силкина, огромную роль при выборе врачебной специальности занимают нравственные побуждения. [2]

Особенности и условия возникновения различных мотивационных критериев.

Изучение профессиональной мотивации, сложная задача, так как чаще всего в исследованиях используются данные от анкетирования студентов. Анкетирование не всегда выявляет скрытые мотивы. Кроме того, мотивация нестабильна (начало обучения в вузе – и его завершение, начало работы в медицинских учреждениях – и в процессе работы) и может существенно различаться [3].

На профессиональную мотивацию влияет обстановка в семье, которая зачастую заранее решает кем станет ребёнок. Если в семье врачебная династия, из поколения в поколения только врачи, то с большой долей вероятности ребёнок становится врачом. Но при этом он знает не только плюсы врачебной практики, но и минусы. Поэтому его мотивация более прагматична и устойчива.

В настоящее время актуальна, такая мотивация как, престижность профессии врача и получение материальной выгоды, что связано с возможностями частной медицины с высокими показателями прибыли [4].

«Хороший врач подобен Богу» - это выражение можно считать почти буквальным отражением такой мотивации как повышение самоуважения. Врач – человек достойный уважения и прежде всего самоуважения. Мотивирующим моментом может являться стремление уподобиться Богу, претворяя в жизнь его милосердие.

Чувство власти над чужой жизнью, над чужой судьбой – порождает совершенно аморальные мотивации. Больной на операции, объект манипуляции, его жизнь в руках хирурга. Получение такой власти – как не печально, в ряде случаев, тоже является мотивирующим фактором.

Особое место в структуре профессиональной мотивации врача занимает познавательная мотивация. Одни люди стремятся познать сложные механизмы, а другие стремятся познать самый сложный механизм, не имеющий аналогов в современной инженерии – организм человека.

Результаты проведения опроса студентов.

Как меняется мотивация во время учебы в вузе? У человека при поступлении могут преобладать романтические стремления: мечта стать великим врачом, первым после Бога, избавителем от болезней, но под напором суровых реалий образовательного процесса, романтическая мотивация исчезает, уступая место более прагматичным мотивам.

Для того чтобы проследить это изменение, нами было проведено анкетирование среди первокурсников, студентов четвёртого и шестого курсов. По данным анкетирования можно проследить постепенное изменение мотивационных факторов.

Мотивационная структура студентов-первокурсников (Рис.1) характеризуется преобладанием учебных (познавательных, успешности обучения) и экзистенциальных мотивов (самореализация, личностный рост, поиск смысла жизни), что отражается в активности и продуктивности учебной деятельности.

Профессиональная мотивация четверокурсников (Рис.2) обусловлена идеализацией образа врача. Прохождение подготовки в клинике влияет на формирование чувства превосходства и гордости за выбранный путь. Несмотря на увеличение числа кафедральных дисциплин, познавательная мотивация четверокурсников снижается. Так же

снижаются мотивы саморазвития и самопознания. Однако повышается значимость развития клинического мышления. Ежедневная практика в больнице и осознание предстоящих профессиональных трудностей снижает значимость экзистенциальных мотивов.



Рисунок 2 Структура профессиональной мотивации студентов 1 курса



Рисунок 3 Структура профессиональной мотивации студентов 2 курса

У старшекурсников (Рис.3) преобладающим фактором являются производительные мотивы, обусловлено это тем, что они уже непосредственно работают с пациентами в больнице. Возможность практического применения своих знаний существенно снижает познавательную мотивацию, так как студенты начинают избирательно



Рисунок 4 Структура профессиональной мотивации студентов 6 курса

относится к тому что может пригодиться в их профессиональной деятельности, а что не окажется востребованным. Профессиональные мотивы студентов находят отражение повседневной работе в больнице.

Заключения и выводы: анализируя результаты анкетирования, можно сказать что, профессиональная мотивация студентов меняется в ходе обучения и работы.

При этом четко вырисовывается линия перехода от романтической мотивации к более приземлённым мотивам. На первом курсе обучения мотивация связана с механизмами адаптации к образовательной программе, на четвертом она связана с включением в обучение клинических дисциплин, на шестом, мотивация меняется в связи с непосредственным включением в медицинскую деятельность. Изучение мировоззренческих оснований профессиональной мотивации студентов БГМУ подтвердило ранее проведенные исследования, посвященные той же проблематике и показало значимость такого рода работ для организации образовательного процесса в учебных заведениях готовящих медицинских работников.

Литература

1. Алексеев А. И. Роль некоторых факторов в выборе профессии врача // *Здравоохранение РФ*. 1982. № 3. С. 37–39.
2. Силкина Т. В. Формирование социального статуса медицинской сестры: Дис. ... канд. социол. наук. Волгоград, 2002. 187 с.
3. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений. – М., 2003, С. 273-283
4. Храмова К. В., Азаматов Д. М. К вопросу о методологии исследования медицинских рисков // *Социально-гуманитарные знания*. 2009. Выпуск 10. С. 112-120.

УДК 179.7

Э. Ф. Минниханова**ФИЛОСОФСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТАТУСА ЭМБРИОНА
ЧЕЛОВЕКА****Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В данной работе была изучена проблема статуса эмбриона человека. Был проведен опрос среди людей разных возрастов и профессий и сделан вывод о том, что большинство людей серьезно не задумываются над этой проблемой, так как не воспринимают плод человеком, который имеет право на жизнь. Такая позиция ведет к росту числа абортующих к серьезным заболеваниям, связанным с репродуктивными органами. Увеличивается количество бесплодных женщин репродуктивного возраста и снижению рождаемости, что существенно влияет на демографическую ситуацию в стране.

Ключевые слова: эмбрион, плод, человек, аборт, убийство.

E. F. Minnikhanova**PHILOSOPHICAL AND MEDICAL PROBLEMS OF THE STATUS OF THE
HUMAN Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work,
Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: The status of the human embryo was explored in this work. A questionnaire survey was conducted among people of different ages and professions and it was concluded that most people don't think seriously of this problem and they don't perceive the human fetus who has the right to life. That position leads to the high level of the abortion that results to the serious women's diseases of the genital organs, to the increasing of number of the infertility in women and to the birth inclination which brings influence to the demographic situation in the country.

Keywords: embryo, fetus, person, abortion, murder.

Актуальность: В современном обществе стала все чаще затрагиваться проблема статуса эмбриона человека. Мы можем увидеть рекламные щиты, заставляющие задуматься человека о жизни еще не родившегося ребенка, фильмы, где показывают «страшные» кадры, статьи в журналах и газетах. Но, к сожалению, даже эти попытки не помогают значительно снизить количество абортующих. Однако, изучение проблемы статуса эмбриона человека может помочь в разрешении серьезных проблем со здоровьем женщин, и улучшением демографической ситуации в стране.

Цель исследования: Определение статуса эмбриона человека с точки зрения различных мировоззренческих позиций.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

5. Изучить понятие о статусе эмбриона человека с медицинской, религиозной и правовой точек зрения;
6. Провести опрос среди людей разных возрастов и профессий;
7. Сделать выводы о социальных и медицинских последствиях отношения к данной проблеме.

Методы исследования: изучение медицинской, философской, религиозной, правовой литературы по теме исследования, анкетирование людей разных возрастов и профессий.

Понятие статуса эмбриона человека с разных мировоззренческих концепциях

Оплодотворение – это слияние мужской и женской гамет с образованием зиготы. На 4 день из зиготы в результате дробления образуется морула, которая попадает в полость матки. С 8 дня цикла зародыш начинает погружаться в стенку матки, затем образуется амниотический пузырек из эктодермы, в это время форма зародыша – диск. На 4 неделе эмбрион продолжает расти и сворачивается в трубку, в это же время образуются сегменты тела. Все эти 3-5 дней развития эмбрион еще не выглядит как мы, но вначале 5 недели начинают формироваться зачатки рук, ног, на 7 – зачатки пальцев, и только на 8 неделе плод внешне и внутренней организации становится похож на человека. [1]

В любой религии аборт – это грех. В Библии, праведный Иов писал: «зачался человек!». Василий Великий говорил, что тот кто погубил плод подлежит убийству. Ведь ребенок в животе матери это не часть ее тела, а совершенно другой человек. И если кто-то «ударил беременную женщину, то он обязан заплатить штраф». Святой Иоанн Златоуст писал: «плодоизгнание – хуже убийства, так как совершается препятствие рождению нового человека». [2]. В Священном Коране сказано, что вначале плод это капля влаги, которая затем превращается в сгусток крови и только после возникает плод, а через 4 месяца ангелы вдыхают в него душу, формируется ребенок. [3].

На законодательном уровне, с поправками в Федеральном законе, вступившими в силу 01.01.2016, искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится только до двенадцатой недели, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока. Незаконные детоубийства влекут за собой административную и уголовную ответственность. [4]

Результаты проведения опроса «с какого дня беременности Вы считаете эмбриона человеком?» среди людей разных возрастов и профессий

В результате проведения исследования было выявлено, что 52% респондентов считают эмбриона человеком с 12 недели беременности, 22% - с первых дней зачатия, 17% - с 5 недели беременности и 9% - только с рождения.

Таблица 1.

**Рис 2.** С какого дня беременности Вы считаете эмбриона человеком?

Вторым вопросом был «Вы ЗА или ПРОТИВ аборт?»

Таблица 2.

**Рис. 3.** «За» и «Против» искусственного прерывания беременности.

Результат: «против» 86 человек из 100, остальные 14 были «за» (рис. 3).

Даже не смотря на эти результаты, количество искусственного прерывания беременности велико. В 2015 году в России зарегистрировано около 1, 010 тысяч аборт.

Результаты исследования проведенного в Клинике БГМУ г. Уфы показали, что среднестатистические данные на одного гинеколога – 20 аборт в месяц. Основной

контингент – молодые девушки 15 – 21 года, часто подписывают бумаги на «убийство» женщины старше 40 лет по медицинским показаниям.

Подводя итоги, следует сказать, что большинство людей не считают плод с первых дней зачатия человеком. Вследствие этого, женщины, не задумываясь, делают аборты, а это влияет на:

1. здоровье женщины. Может быть перфорация матки – разрыв стенки матки вводимыми инструментами, в особо тяжелых случаях возможно удаление матки, повреждение мочевого пузыря, кишечника, крупных сосудов, разрыв шейки матки, сильное кровотечение, попадание инфекций, вызывающих эндометрит, параметрит, сепсис. Результатом будет бесплодие.

2. демографические показатели. В республике Башкортостан за 2015 год рождаемость снизилась на 2%, а смертность возросла на 1,5%.

В заключении, хотелось бы обратить внимание на то, чтобы над этой проблемой задумались не только женщины, но и мужчины, ведь они играют немаловажную роль в этом вопросе. Мы считаем, что независимо от того, сколько дней, недель малышу в утробе матери, это маленький человечек, который должен жить и увидеть наш мир своими глазами! Не зря в народе говорят, что дети – это цветы жизни!

Литература

1. Гистология, цитология и эмбриология: учебник для студ. мед. вузов; под ред. Ю. И. Афанасьева, Н. А. Юриной. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2012. - 800 с.
2. Библия, Книги Священного писания Ветхого и Нового завета, Москва, 2013г. 1376с
3. Коран, переводчик Саблуков Г.С., изд.: Белый город, 2008, 652 с.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)

УДК 2:61(09):615.89

Л. И. Мунасыпова

**ВРАЧЕВАНИЕ В КАТОЛИЦИЗМЕ: ОПЫТ ФИЛОСОФСКО-
КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В ходе работы мною было рассмотрено такое явление, как врачевание в католицизме, его мировоззренческие основания, методы и цели. Проанализированы христианские представления о причинах возникновения болезней и путях к исцелению. Выявлено, что в процессе католического врачевания применяются две группы методов: методы светской медицины и собственно религиозные методы.

Ключевые слова: врачевание, Католицизм, елеосвящение, Мать Тереза.

L. I. Munasyrova

**HEALING TO CATHOLICISM: EXPERIENCE OF THE
PHILOSOPHICAL-CULTURAL ANALYSIS**

**Department of philosophy and social-humanitarian disciplines
with the course of social work,**

Bashkir state medical university, Ufa

Resume. In the course of this phenomenon was considered by me as healing in Catholicism, its ideological base, methods and goals. Analyzed Christian ideas about the causes of disease and how to heal. It was revealed that in the process of Catholic healing two groups of methods are used: the methods of secular medicine and proper religious practices.

Keywords: healing, Catholicism, unction, Mother Teresa.

Актуальность исследования: врачевание в Католицизме крайне слабо освещено в отечественных источниках. В связи с этим, представляется весьма полезным посвятить этому вопросу это данное исследование.

Цель исследования: рассмотреть врачевание в католицизме, проанализировать его мировоззренческие основания и методы, особенности, характерные именно для католического врачевания.

Материалы и методы исследования. Философские и теоретические методы исследования: анализ и синтез, индукция и дедукция, диалектический метод.

Результаты и обсуждения. Согласно христианским представлениям, в результате грехопадения Адама и Евы изначально бессмертная и совершенная природа человека оказалась повреждена, поэтому все их потомки обречены на страдания, болезни и неизбежную смерть: «...как одним человеком грех вошел в мир, и грехом смерть, так и смерть перешла во всех человеков» (Рим.5:12).

Нарушение божественных заповедей, согласно Библии, и далее влечет за собой болезни: «Если не будешь стараться исполнять все слова закона сего, написанные в книге сей... то Господь поразит тебя и потомство твое необычайными язвами, язвами великими и постоянными, и болезнями злыми и постоянными... и всякую болезнь и всякую язву, не написанную в книге закона сего, Господь наведет на тебя, доколе не будешь истреблен...» [Втор. 28:58-61].

Лучшее лекарство, в соответствии с Библией - само религиозное учение, указующее путь к спасению: «И сказал: если ты будешь слушаться гласа Господа, Бога твоего, и делать угодное пред очами Его, и внимать заповедям Его, и соблюдать все уставы Его, то не наведу на тебя ни одной из болезней, которые навел Я на Египет, ибо Я Господь, целитель твой» (Исх.15:26).

В то же время как грех прародителей стал причиной болезней и смерти во всем человечестве, так и максимум исцеления предполагает не просто спасение души, но и восстановление поврежденной первородным грехом божественной природы человека, то есть его победу над смертью и обретение им полноты божественного бытия. Эта идея нашла выражение в христианском представлении об обжени (theos is). Обожение – совершенное соединение Бога и человека, примером которого служит соединение этих начал во Христе. Обожение затрагивает все уровни организации человеческой природы, в том числе и тело: «тело обоживается вместе с душою» (Григорий Палама, Триады в защиту священнобезмолствующих). Тело приобщается к Божественной энергии, постепенно освобождаясь от тленности; весь человек преобразуется, становясь богом по благодати.

Католицизм является самым крупным направлением в христианстве. В рамках католического врачевания существует много методов, их можно условно подразделить на два вида: классические и собственно- религиозные.

Один из собственно-религиозных методов, это Католический обряд совершения Елеосвящения (соборования).

В Католической церкви таинство совершается одним или несколькими священниками и состоит из молитв над больным и помазания его лба и ладоней освященным елеем. Во время помазания обязательно произносится тайносовершительная формула: «Через это святое

помазание по благодному милосердию Своему да поможет тебе Господь по благодати Святого Духа. Аминь. И, избавив тебя от грехов, да спасет тебя и милостиво облегчит твои страдания. Аминь».

Согласно Катехизису Католической церкви:

Через священное Елеопомазание и молитву пресвитеров вся Церковь препоручает болящих Господу, страждущему и прославленному, чтобы Он облегчил их немощи и спас их; более того, она напутствует их, чтобы через свободное приобщение к Страстям и смерти Христа, они содействовали благу Народа Божия... Таинство Елеопомазания больных преподается лицам, опасно больным, посредством помазания их лба и ладоней соответственным образом освященным елеем — оливковым маслом или маслом других растений — и произнесения один раз слов: «Через это святое помазание по благодному милосердию Своему да поможет тебе Господь благодатью Святого Духа и, избавив тебя от грехов, да спасет тебя и милостиво облегчит твои страдания».

Как и в других религиях, в католичестве целительными свойствами наделяются реликвии и другие объекты, имеющие связь с миром сакрального: храмы, кресты, иконы, мощи святых, освященная вода, местности, связанные с событиями священной истории и так далее.

И все же главным средством исцеления считаются молитва и покаяние, то есть личная духовная практика верующего. А в первые века христианства, как пишет Ю.Е. Арнаутова, «исповедь и молитва считались наиболее эффективным и практически единственным средством спасения от всех болезней» [6, с. 305].

Также один из методов врачевания в Католицизме - паломничество на Святые Места с целью исцеления. Одним из таких мест является Лурд - самое знаменитое место явлений Девы Марии, город на реке Гав-де-По у подножия Пиренеев. Некогда знаменитая крепость, Лурд стал мистическим центром паломничества католиков, после того как четырнадцатилетняя крестьянская девочка Бернадетта Субиру рассказала, что здесь в 1858 г. ей восемнадцать раз являлась Дева Мария. Большинство католиков до сих пор считают, что Лурд обладает целительной силой и является духовным центром. На сегодняшний момент Католической церковью официально признано 66 случаев - т.е. невероятных, не поддающихся никакой логике и здравому смыслу. Один такой случай произошел с больной, в течении 3 лет страдающей рассеянным склерозом 34-летней Алис Куто из французского города Буй-Лоретц. Во время процессии Святого причастия 15 мая 1952 года она внезапно почувствовала, что должна подняться с постели. На следующий день ее обследовали врачи Лурда, которые констатировали полное выздоровление. Также, одна из прихожанок привела

свою 7-летнюю дочь, страдавшую глухотой, в Лурд и вознесла молитву о заступничестве «блаженной сестре Катарине». Для матери это была последняя надежда, поскольку многочисленные обращения к врачам не приносили заметного результата. И вот в Лурде девочка в одночасье обрела слух.

Достойного внимания, несомненно, заслуживает также деятельность Ордена Милосердия, основанный Матерью Терезой - католической монахиней, основательницей женской монашеской конгрегации «Сестры Миссионерки Любви», занимающейся служением бедным и больным. В 2003 году Мать Тереза причислена Католической Церковью к лику блаженных. Мать Тереза говорила: «Есть то, что нужно этим людям даже больше, чем пища и крыша над головой: понимание того, что они кому-то нужны, кем-то любимы. Господи, сделай нас достойными служить людям всего мира, которые живут и умирают в нищете и голоде». За более чем 40 лет существования домов для умирающих монахини ордена сестер милосердия подобрали 54 тысячи человек с улиц Калькутты.

В Средние века в католичестве была очень распространена практика экзорцизма – изгнания демона священниками и профессиональными экзорцистами. Обряд экзорцизма включал в себя: совершение знаков креста над одержимым, окропление его освященной водой, возложение на его голову рук и произнесение специальных латинских формул. Совершать литургический обряд экзорцизма в католической церкви может только епископ или назначенный им священник, при этом кандидатура священника должна отвечать ряду требований (в частности, это должен быть достаточно опытный и психически здоровый священнослужитель).

Вывод: в данной работе сделана попытка раскрыть такое многогранное явление, как врачевание в католицизме. Проанализированы христианские представления о причинах возникновения болезней и путях к исцелению, выделены две большие группы методов католического врачевания - относящиеся к светской медицине и к собственно религиозному врачеванию. Описаны наиболее распространённые методы католического врачевания.

Литература

1. Арнаутова Ю.Е. Колдуны и святые: Антропология болезни в Средние века. – СПб.: Алетейя, 2004. – 398 с.
2. Мать Тереза / Авт.-сост. Н.В.Белов. – Мн.: Современ. литератор, 1998. – 240 с. – (Жизнь знаменитых людей).
3. Религиозное врачевание как феномен культуры: Монография / А.С. Зубаирова-Валеева. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2010. - 134 с.

4. Хоружий С.С. Антропология христианская // Новая философская энциклопедия. В 4 т. - Т.1. М.: Мысль, 2000. С. 134-138.

УДК 17.023.34

Ш. А. Насырова

«ЧТО ТАКОЕ СЧАСТЬЕ?»: ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Что такое счастье? Как стать счастливым человеком? Этот вопрос волновал человечество со времен его возникновения. С целью найти ответы на эти вопросы и было проведено данное исследование. Были проанализированы представления о счастье в истории философской мысли, сопоставлены счастье и такие близкие понятия, как «добро», «благо» и «удовольствие». Среди студентов БГМУ был проведён опрос и выявлено, что часть студентов путает такие понятия, как счастье и удовольствие. Это чревато тем, что мы можем ставить перед собой ложные цели и тратить много сил на их достижение вместо того, чтобы просто научиться быть счастливыми.

Ключевые слова: счастье, эвдемонистические теории, удовольствие, благо.

S. A. Nasyrova

"WHAT IS HAPPINESS": EXPERIENCE OF PHILOSOPHICAL INQUIRY

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: What is happiness? How to become a happier person? This question troubled mankind since the time of its occurrence. In order to find an answer to these questions, I conducted my research. representation of happiness have been analyzed in the history of philosophical thought, compared the happiness and such similar concepts as "good", "good" and "fun." a survey was conducted among students of Belarusian State Medical University and found that some students confuse concepts such as happiness and pleasure. It is fraught with the fact that we can set ourselves decoys rather than to simply learn how to be happy.

Keywords: happiness, eudemonistic theory, pleasure, blessing.

Актуальность: Что такое счастье? Этот вопрос волновал человечество со времен его возникновения. Конечно, время откладывает свой отпечаток на общество и на каждого человека отдельно, меняются приоритеты, цели, ценности, но потребность чувствовать себя счастливым остается неизменной. Другой вопрос в том, какие явления приносят нам счастье,

и все ли мы умеем быть счастливыми. Но всем ли легко будет ответить на эти вопросы? Все ли отчетливо представляют, что им необходимо для того, чтобы ощущать себя счастливым? И как много людей испытывают счастье? Чтобы разобраться с этими общечеловеческими вопросами, я решила провести своё исследование.

Цель исследования: Что такое счастье? Как стать счастливым человеком? С целью найти ответы на эти вопросы и было проведено данное исследование.

Материалы и методы. Для достижения данной цели применялись философские методы исследования: индукция, дедукция, анализ и синтез, диалектический метод. В работе активно использовалось философское наследие В. Розанова и других мыслителей.

Проследив этимологию слова "счастье", можно заметить закономерность. Древнегреческое слово "Eudaimonia" (= истинное счастье) составлялось из двух слов - eu (добро) и daimon (божество), т.е. дословно означало, что судьба человека находится под покровительством богов [7].

Тема счастья стала центральным понятием эвдемонистических этических теорий, а также стала центральной темой этики Эпикура и этики Аристотеля. Счастье у них понималось как высшее благо, цель, смысл жизни. Почему тема счастья была частью этики? Потому что они рассматривали добродетель, нравственность необходимым условием достижения счастья.

У Канта была два возражения против эвдемонистической этики.

Первое возражение заключалась в том, что счастье очень субъективное понятие и оно связано с удовлетворением желаний. Желания у всех разные, поэтому всё вкладывать в слово «счастье» не правильно. Второе возражение у Канта заключалась в том, что бывают и порочные желания. Т.е. человек может быть счастлив, удовлетворяя эти желания. В этом смысле счастье вовсе не обязательно связано с моралью, с добродетелью, и вполне может быть счастливым какой-нибудь негодяй, подлец и т.д.

В Римской империи восприятие счастья как категории было чисто практическим. Это было благосостояние, возможность выполнения желаний. Для более низких слоев общества часто счастье обозначало экстатическое единение с богами, которые могут даровать более достойную жизнь.

Согласно русской народной этимологии, слово счастье происходит от слова «сейчас», «сейчасье». Но это совершенно не правильно. Счастье - это древнеславянское слово и обозначает «хорошую долю», «хороший удел».

Некоторые отечественные философы, говоря о смысле жизни, также обращались и к теме счастья. Василий Розанов – один из таких мыслителей. Само понятие счастья Розанов

определяет как термин, указывающий высшее руководительное начало, или идеал, смотря на который мы прилагаем к данному объекту данный порядок мышления. Он также признает, что нет универсального счастья, т.е. оно у каждого свое, субъективное ощущение. В. Розанов пишет, что под счастьем можно понимать такое состояние, когда человек достиг пика удовлетворенности, когда он уже не хочет к чему – то стремиться, идти, искать. Ощущение счастья не нужно пытаться предвидеть, сознавать, иначе оно может исчезнуть, так как все, проходя рефлексию, теряет свою энергию. И такое счастье будет менее напряженным, а, может быть, вообще исчезнет. Таким образом, надо меньше размышлять о счастье.

Здесь можно провести параллели с В. Франклом, который также считал, что сознательно стремиться к счастью нельзя. И В. Розанов и В. Франкл утверждали, что, если человек делает счастье предметом своих устремлений, то он неизбежно делает его объектом своего внимания. Но этим он теряет из виду причины для счастья и оно ускользает.

Точке зрения В. Розанова и В. Франкла можно противопоставить мнение Л. Фейербаха, который писал, что все человеческие желания и стремления – это стремления к счастью и избежать их, не думать о них, человек не может.

Нередко мы путаем счастье с такими близкими по смыслу понятиями, как «удовольствие», «благо» и «добро». Давайте разберем каждое понятие по отдельности.

БЛАГО - состояние и условие совершенства, осуществленности бытия; ведущее понятие средиземноморско-европейской (иудео-христианской) культуры, одно из традиционно принятых в ней имен божественного начала. В отличие от синонимического добра, в понятии которого доминирует мотив абсолютного нравственного долга и волевого выбора, благо онтологично и принадлежит космическому контексту [1, с. 41-42].

ДОБРО - в широком смысле слова, как благо, означает, во-первых, ценностное представление, выражающее положительное значение чего-либо в его отношении к некоторому стандарту, во-вторых, сам этот стандарт. В живой речи слово добро употребляется для обозначения самых разных благ. В зависимости от принимаемого стандарта добро в истории философии и культуры трактовалось как удовольствие (гедонизм), польза (утилитаризм), счастье (эвдемонизм), соответствующее обстоятельствам (прагматизм), общепринятое, целесообразное и т.д., иными словами, как то, что соответствует непосредственным (житейским) потребностям, интересам и ожиданиям человека как индивида или члена сообщества [1, с. 113-115].

УДОВОЛЬСТВИЕ - чувство, переживание, сопровождающее удовлетворение потребности или интереса. Удовольствие может быть представлено как благо и, стало быть, добро. Из этого взгляда может вытекать определенная нормативная позиция, согласно

которой внутренний баланс является идеальным состоянием организма, и человеку следует делать все то, чего желает его тело [1, с. 501-503].

Таким образом, эти хотя эти понятия близки, путать их не стоит. Поскольку, лишь осознав, что такое истинное счастье, мы можем стремиться к нему и обрести его.

Многие исследователи особо отмечают тот факт, что для того, чтобы быть счастливым, нам надо уметь замечать счастье в настоящем. Уход в мир воспоминаний, фантазий, грез - все это в той или иной степени суррогаты счастья.

Итак, что такое счастье? Мне хотелось узнать, что же думают об этом другие и провела опрос в родном педиатрическом факультете. Выяснилось, что для 40% - это свое здоровье и здоровье близких; 15% - когда сбываются мечты; 13%- любовь; 8% - друзья; для 7% - еда; 6% - сон; 4% - материальное благополучие; 4% - красивая внешность; 3% - путешествия.

Что сказать о результатах? Судя по опросу, некоторые путают счастье с удовольствием. Это проблема, так как, подменяя одно понятие другим, мы ставим перед собой ложные цели и тратим свою жизнь впустую, в погоне за сиюминутными наслаждениями. Многие сейчас пытаются купить «суррогаты счастья», а в ответ на спрос в современном обществе потребления появляются такие структуры, которые этими суррогатами торгуют. Однако, согласно классическому философскому подходу, под счастьем понимают не всякое удовольствие, а устойчивое, достаточно интенсивное удовлетворение от того, как ты проживаешь свою жизнь. Это удовлетворенность своей жизнью в целом.

Литература

1. Апресян Р.Г., Гусейнов А.А. Этика. Энциклопедический словарь. М.: Гардарики, 2001. 672 с.
2. Бачинин В.А., Энциклопедический словарь. СПб.: Изд-во Михайлова В. А., 2005. 287с.
3. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 555 с.
4. Грицанов А.А., Новейший философский словарь. Мн.: Изд. В.М. Скакун, 2000. 896 с.
5. Новая философская энциклопедия, В 4 томах. Том 1. М.: Мысль, 2010. 744 с.
6. Татаркевич В. О. О счастье. О счастье и совершенстве человека. М.: Прогресс, 1989. 368 с.

7. Счастье [Электронный ресурс] URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Счастье> (дата обращения: 13.03.16).

УДК 81.25

Д.Н. Овсюк

**ЖАРГОНИЗМЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
КОММУНИКАЦИИ**

**Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский
университет, г. Уфа**

Резюме. В данной статье мы исследовали одну из лексических групп разговорной речи врачей – жаргонизмы. Современная медицина не способна существовать без сложных терминов, латинских выражений. Профессиональные жаргонизмы своей доступностью и простотой восприятия помогают докторам делать свою работу быстрее без потери должного уровня качества. Были изучены варианты использования и способы образования жаргонизмов.

Ключевые слова. Жаргонизм, сленг, медицина, коммуникация.

D.N. Ovsyuk

JARGON IN PROFESSIONAL MEDICAL COMMUNICATION

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. In this article we study one of the lexical groups of doctor's speech – jargons. Modern medicine can't exist without complex Latin terms and phrases. Professional jargons with its availability and ease of perception help doctors to do their job faster without losing the necessary level of quality. We have studied the ways of using and methods of learning jargons.

Keywords. Jargons, slang, medicine, communication.

Актуальность. Трудно поспорить с тем, что профессия врача является наиболее важной и востребованной в обществе. Каждый день тысячи людей обращаются в больницы, поликлиники, покупают в аптеке лекарственные препараты. И пожилые люди, для которых поход в больницу перестает казаться редкостью, а становится скорее обыденностью, и здоровые дети, и взрослые, регулярно посещающие лечебно-профилактические заведения – все сталкиваются с работой медицинских работников и непосредственно с их речью.

Помимо множества сложных терминов, латинских выражений, непонятных обычному человеку, без которых медицина не способна существовать как таковая, для врачебной речи характерен уникальный, самобытный «сленг», переполненный жаргонизмами, профессионализмами и неологизмами. Короткие, часто эмоционально-окрашенные слова, во-первых, легче запоминаются (весьма затруднительно помнить тысячи терминов, из которых многие схожи по звучанию и написанию), а во-вторых, помогают врачам излагать свою

мысль в сжатой форме, без потери необходимой информации. В сфере медицины, где жизнь и здоровье человека зависит от скорости принятия решения и скорости коммуникации медицинского персонала, жаргонизмы своей доступностью и простотой восприятия «на слух» помогают докторам делать свою работу быстрее, без потери должного уровня качества.

Медицинские работники ежедневно используют профессионализмы и жаргонизмы. Именно об особенностях профессиональной речи медицинских работников будет изложено в данной статье. Особое внимание будет уделено жаргонизмам в медицинской коммуникации.

Теоретическая часть. Необходимо определиться с терминологией, которая будет в дальнейшем использована в статье:

Профессиональная речь – это речь людей, представителей определенной профессии.

Профессиональный жаргон – это набор упрощенных (укороченных или образных) слов, используемых для обозначения понятий и терминов людьми определенной сферы деятельности.

Профессионализмы - это слова, используемые представителем определенной профессии, специальности.

Для термина *жаргонизм* уместно будет использовать альтернативное определение, отличное от такового в классической лингвистике:

Жаргонизм – это дублирование литературного языка в форме, понятной только говорящим людям в определенной группе. Это ненормативные, не признанные синонимы классическим определениям предметов, действий и определений. Жаргонные слова каждой социальной ячейки общества формируют недоступный для понимания непосвященными язык общения, так называемый сленг.[3]

Также *жаргон* обозначает просторечные выражения и слова-вульгаризмы. Для них характерна не только своеобразная среда употребления, но и нарушения грамматики и фонетики всех существующих литературных норм.[3]

Отличия жаргона от стандартов литературного языка:

- Специфическая лексика и фразеология.
- Ярко окрашенные, экспрессивные обороты.
- Максимальное использование словообразовательных форм.
- Отсутствие собственных фонетических систем.
- Неподчинение правилам грамматики.

Исследование.

Согласно статье Н.А. Мишонковой «Краткий анализ фразеологических выражений и аббревиатур в профессиональной речи врачей», практикующие врачи (клиницисты) часто используют всевозможные жаргонизмы - вульгаризмы для:

1. **Обозначения цвета.** Например, обычные цвета могут называться *землянистыми* (коричневый), *сливкообразным* (белый), *цвет дёгтя* (черный).

2. **Обозначение размера.** Размер анатомического объекта может указываться как *с куриное яйцо*, *с грецкий орех*, *с голову новорожденного* и т.д. Отметим преимущество такой «системы мер» над общепринятой: одним – двумя словами можно описать и размер, и форму объекта.[1]

3. **Замена терминов.** Систолическое дрожание может именоваться *кошачьим мурлыканьем*, а, например, для описания сердца могут быть использованы фразеологизмы: *бычье сердце*, *волосатое сердце* и т.д.

Обилие различных жаргонизмов в профессиональной медицинской лексике объясняется в частности словообразовательными возможностями русского языка; нами было выделено несколько основных типов жаргонизмов, в зависимости от их происхождения:

1. **Звукобуквенное подражание.** Часто врачи разной специализации “создают” новые термины с помощью подражания различным звукобуквенным сочетаниям. Например:

- *Аикнутый* — пациент после операции, проведенной с использованием аппарата искусственного кровообращения. Слово было образовано от аббревиатуры *АИК* добавлением словообразующих морфем.

- *Люськи* — пациентки с сифилисом. Слово тоже отнесено к “подражаниям”, так как оно образовано от латинского слова *luēs* [люэс], обозначающего «сифилис».

- *Бэцэшник* — пациент, у которого обнаружен и гепатит В, и гепатит С. Подражание звукам [б] и [цэ].

2. **Создание аббревиатур.** Доктора используют аббревиатуры как сокращения целых выражений или предложений. Например:

- *БНВПНПГ* — блокада нижней ветви правой ножки пучка Гиса.

- *ЖМББ* — живот мягкий, безболезненный.

- *НЛО* — неподвижно лежащий объект; чаще всего больной, находящийся в коме.

- *ПИСБП* — печень и селезенка без патологии.

3. **Замена термина бытовым словом.** Для экономии времени, врачи заменяют некоторые термины обычными бытовыми словами. Этот тип жаргонизмов могут понять только врачи - ввиду отсутствия логики, для людей, не связанных с медициной, этот тип

жаргонизмов воспринимается буквально, либо не несет никакого смысла. Один из наиболее “обидных” типов жаргонизмов для пациентов. Например:

- *Бабка-нарушка* — пожилая пациентка с острым нарушением мозгового кровообращения.

- *Зебра* — больной после демонстративной попытки суицида с типичными поверхностными резаными ранами предплечья.

- *Синий одутловатик* — пациент с хроническим обструктивным бронхитом. Для таких больных характерен разлитой диффузный цианоз (посинение) и отеки лица и шеи.

- *Уши* — фонендоскоп.

- *Черепаха* — хирургическая шлем-маска, закрывающая всю голову и оставляющая открытыми только глаза.

4. Последнему типу жаргонизмов сложно дать точное определение. Часто врачи, вопреки всякой логике, придумывают слова и выражения, наделяя их особенным значением. Эти слова и выражения чаще всего используют опытные врачи и работники скорой помощи. Например:

- *Погнал кадиллом махать* - ехать на вызов к умирающему больному

- *Поиграть в войнушку* - разбудить соседей среди ночи, для того чтобы помогли нести больного с квартиры до машины скорой помощи[2]

Заключение и вывод. Трудно не согласиться с тем, что намного проще использовать короткие жаргонные слова и выражения, чем вспоминать сложные термины, однако часто врачи настолько сильно внедряют в свой лексикон жаргонизмы, что забывают научные термины, а это ни в коем случае недопустимо для специалиста. Для практикующего врача, цель работы которого спасти жизни людей, для которого важна каждая секунда времени – использование жаргонизмов в профессиональной речи вполне оправдано.

В то же время не рекомендуется постоянно использовать жаргонизмы в профессиональной речи – такие слова при общении с пациентом, с другими врачами и студентами несколько не украшают речь, а делают её вульгарной и циничной. С нравственно-этических позиций не всегда корректно использовать жаргонизмы при общении с пациентами, ведь слова, понятные для практикующего врача, могут звучать обидно, а иногда и унизительно для людей, не связанных с медициной.

Нельзя сделать однозначный вывод по поводу того, допустимо ли использование жаргонизмов докторами, главная идея – надо знать, когда жаргонизмы помогают работе, а когда они, напротив, засоряют речь и усложняют коммуникацию медицинских работников.

Литература

1. Мишанкова Н.А. Краткий анализ фразеологических выражений и аббревиатур в профессиональной речи врачей // Журнал ГрГМУ. - 2010. - №4.
2. Новикова О.В. Медицинские аббревиатуры и фразеологизмы. – 2007
3. Орлов А.Н. Культура общения врача. *Слово с этических позиций*. - Красноярск: Издательство Краснояр. Ун-та, 1987. - 164 стр.

УДК 355.01

Е. О. Пашкова

ЖЕНЩИНЫ-ГЕРОИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Статья посвящена философскому осмыслению роли Женщин-Героев Великой Отечественной войны, которое в современном обществе позволяет раскрыть и понять отношение молодого поколения к данной проблематике. Показано, что такое явление, как патриотизм, играет важную роль в воспитании и формировании личности среди молодежи, что в свою очередь является важным фактором для обороноспособности нашей страны. В статье проанализированы незаслуженно забытые подвиги женского героизма в годы Великой Отечественной войны. Предпринята попытка пропагандировать патриотические настроения среди современного поколения и общества в целом.

Ключевые слова. Война, Женский Героизм, Родина, Современное Поколение.

E. O. Pashkova

FEMALE HEROES IN DAYS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of Social Work,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. The article is devoted to philosophical reflection on the role of Women-Heroes of the Great Patriotic War, which in modern society can reveal and understand the attitude of the young generation to this issue. It is shown that the phenomenon of patriotism, plays an important role in the upbringing and formation of personality among young people, which in turn is an important factor for the defense of our country. The article analyzes undeservedly forgotten deeds of female heroism during the Great Patriotic War. An attempt was made to promote Patriotic sentiment among the modern generation and the society as a whole.

Keywords. War, Women's Heroism, The Motherland, Modern Generation.

На хрупких девичьих плечах,
 Что раньше локоны носили,
 Лежали голод, холод, страх,
 На них держалась вся Россия.

Актуальность. История России знала немало войн. Самая страшная, кровопролитная, самая определяющая для судеб мира война 1941 - 1945 годов. Победа в Великой Отечественной войне явила всему миру не только мощь нашего оружия, но и мощь русского духа. Эта победа - определяющая веха в истории нашей страны и края.

Сейчас перед российским обществом всё острее встаёт проблема нехватки «героев нашего времени». Любому государству нужны люди, которые бы подавали пример, поддерживали в людях здоровый патриотизм, заставляли бы гордиться своей страной. Сегодня мы гордимся нашими ветеранами Великой Отечественной войны, но время идёт, с каждым годом их остаётся всё меньше, а на смену им никто не приходит. Предложенная тема выбрана для того, чтобы рассказать о тех многочисленных женщинах, которые приняли участие в войне, ведь каждое новое поколение – это продолжение будущего. Во имя гордого будущего России нельзя допустить, чтобы герои Великой Отечественной войны были забыты.

Говоря о подвигах во время Великой Отечественной войны - хочется особое внимание уделить женщинам. Можно согласиться со Светланой Алексиевич «У войны не женское лицо», но угроза, нависшая над нашей страной и над всем миром в 1941 году, заставила женщин по-иному оценить свои возможности, встать в строй наравне с мужчинами, с оружием в руках защищать свободу и независимость своей Родины.

Женщины на войне стали примером бесстрашия и героизма. Наверное, в них было заключено то, что фашисты называли силой «русского духа». Большой вклад внесли советские женщины в защиту будущих городов-героев Москвы, Ленинграда, Сталинграда, Киева, Одессы, Севастополя и других.

Герой Советского союза Павличенко Людмила Михайловна.

Провела в тяжёлых и героических боях под Севастополем, уничтожила 309 фашистов, том числе 36 снайперов противника.

Герой Советского союза Шанина Роза Егоровна.

Женщина-снайпер участвовала в битве на Курской дуге. На ее счету было уничтожено 54 фашиста, среди которых 12 снайперов.

Герой Советского союза Долина Мария Ивановна участвовала в освобождении Белоруссии и Прибалтики, будучи летчицей, сбросила на противника 45 тонн бомб. В шести воздушных боях сбила 3 истребителя противника.

Герой Советского союза Громова Ульяна Матвеевна организатор «Молодой Гвардии» по борьбе против немецко-фашистских оккупантов в Краснодоне. В 1943 году она попала в плен, где ее подвергли нечеловеческим пыткам, она с достоинством держала себя

на допросах, отказавшись давать какие-либо показания о деятельности подпольщиков, за ее героическое молчание она была убита.

В представленной работе описаны лишь некоторые герои Великой Отечественной войны и их подвиги. Кратко нельзя передать всю ту силу характера, которым они обладали. На примере этих храбрых женщин хочется, чтобы наше поколение XXI века помнило и чтит память о погибших героях, и были всегда готовы встать на защиту своей Родины, рубежей и ее государственных интересов.

Цель работы: Изучить, как оценивает современное поколение Великую Отечественную войну и Победу в ней по истечении 70 лет. Как сохраняется, воспроизводится историческая память о событиях Великой Отечественной войны, выдающихся ее участниках, героических поступках наших соотечественников.

Задачи: Выяснить отношение современного поколения к Героям Великой Отечественной Войны. Привлечение внимания подрастающего поколения к результатам исследовательской деятельности. Формирование духовно-нравственных качеств личности, основанных на гордости за своих воевавших соотечественников, на стремлении беречь память о событиях, имеющих важное значение для страны и народа.

Методы исследования: Авторская анкета, позволившая определить отношение студентов к героям Великой Отечественной войны.

Материалы исследования: С целью изучения данной темы «Женщины- Герои в годы Великой Отечественной войны» был проведен опрос студенческой молодежи. Было опрошено 60 студенток 1 курса, учащихся двух Государственных Башкирских вузов: «Башкирский Государственный Педагогический Университет им. Акмуллы» и «Башкирский Государственный Медицинский Университет».

Исследование проводилось на основании нижеуказанной анкеты.

1. Есть ли среди ваших знакомых и родственников, живущих сейчас, герои ВОВ?
(Да/Нет)
2. Считаете ли вы себя патриотом? (Да/Нет)
3. Интересуетесь ли вы именами героев, которые участвовали в годы ВОВ?
(Да/Нет/Иногда)
4. Достаточно ли, по вашему мнению, проводится мероприятий посвящённых ВОВ для обсуждения героев России? (Да/Нет)
5. Испытываете ли вы сегодня чувство гордости за свою страну? (Да/Нет/Затрудняюсь)
6. Считаете ли вы нужным знать и помнить героев своей страны? (Да/Нет)

7. Готовы ли вы в случае военной агрессии против России встать на защиту Родины с оружием в руках? (Вопрос для девушек) (Да/Нет)

8. Состоите ли вы в какой-либо политической партии, блоке, политической организации, патриотическом движении? (Да/Нет)

9. Имена, каких героев Советского союза вы знаете? (Упоминание более 3-х)

Результаты исследования. В рамках проведенного анкетирования, респондентам было предложено 9 вопросов и примерные ответы. Были получены следующие результаты, представленные на Рисунке 1, в виде графика.

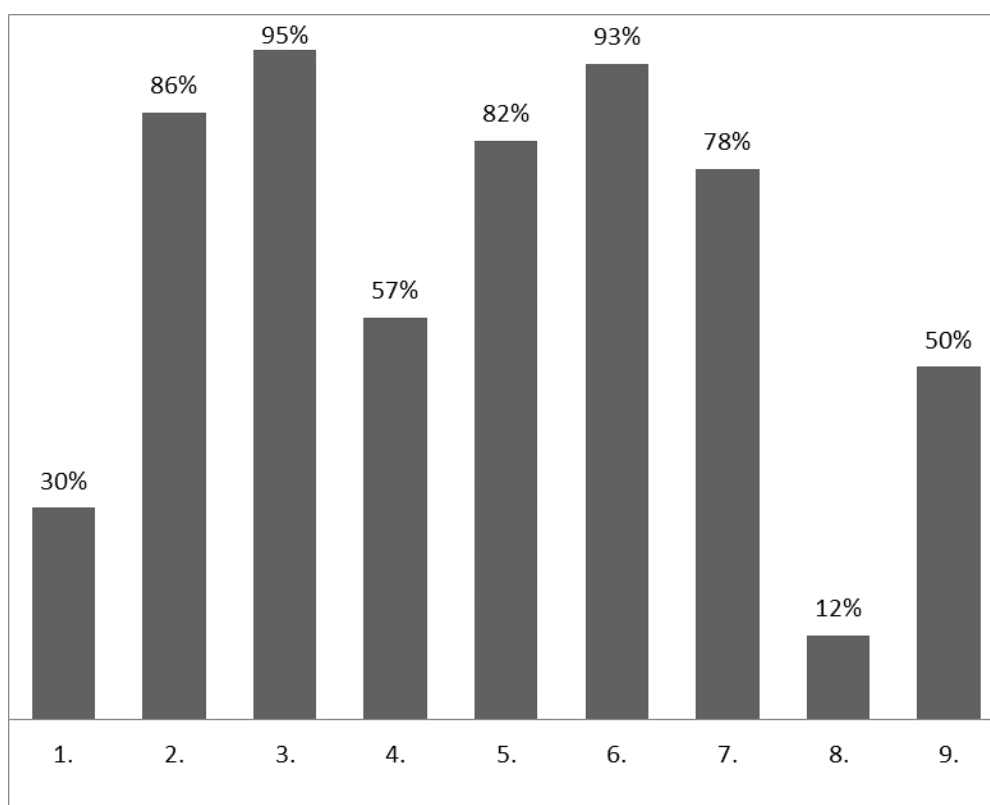


Рисунок 1 - График исследования

Во время исследования и обработки результатов, видно, что подвиги женщин в годы Великой Отечественной войны вызывают гордость и уважение среди респондентов. Из интервью многие отмечают интерес к созданию современных фильмов снятых на реальных событиях с участием женщин на войне. Наиболее чаще выделяли фильмы «Батальон», «Битва за Севастополь», «А зори здесь тихие» «В небе ночные ведьмы». Также была поставлена задача - указать имена героев Великой Отечественной войны. В целом, студенты знают многих героев, и чаще всего указывали Л.Павличенко, З. Космодемьянскую, Т.Маркус и показали вполне не плохой уровень знаний.

Тема Великой Отечественной Войны остается актуальной и сегодня, ответы значительно радуют т.к. 93% молодежи интересуются событиями тех лет. Все опрошенные

отметили этот период времени, как важнейшее событие в истории, так как их родственники воевали и переживали это нелегкое время. Наблюдается положительная тенденция патриотизма, гордость за новую Россию. Из числа студентов есть те, кто принимает активное участие в патриотических движениях и считают нужным знать, и помнить героев своей страны. Более половины респондентов справедливо считают, что в общественной деятельности проводится недостаточное количество мероприятий, посвященных женщинам-героям и героям в целом, Великой Отечественной войны.

Я считаю, что Россия всегда славилась своим стойким, храбрым и мужественным народом. Каждый год мы отмечаем день победы, каждый год сотни тысяч неравнодушных людей собираются в своих городах, на площадях и гордо проносят фотографии родственников, погибших в Великую Отечественную войну. В школах, во многих вузах по сей день приходят ветераны и проводят уроки мужества с молодёжью. На сегодняшний день, в связи с теми изменениями, которые происходят в мире, патриотизм среди подрастающего поколения растет, увеличивается число желающих поступить в военные вузы, служить в рядах российской армии. Современная молодежь искренне верит в светлое будущее своей страны, и гордится своим руководством.

Литература

1. Алексиевич С.А – «У войны - не женское лицо» 2008г.
2. Галаган В.Я. «Ратный подвиг женщин в годы Великой Отечественной войны». Киев, 1986г.
3. Мурманцева В.С. «Дочери страны Советов Источник Победы». М.,1985г.
4. Джек Майер «Храброе сердце Ирены Сендлер» 2013г.
5. Эрих Керн «Воспоминания ветеранов вермахта 1941-1945» Москва, 2008г.
6. Журнал военно-исторический Будко А.А., Грибовская Г.А. «Женщина воин, женщина-жертва: Организация медицинской помощи и лечения женщин, вставших на защиту Родины». 2004г. №3
7. Очерки. «Героини Отечественной войны». 1942г.
8. Сборник. «Девушки на фронте Сборник» 1944г.
9. Статья. «Воспоминания женщин-ветеранов» <http://pravotnosheniya.info/ZHenshchina-na-voyne-pravda-o-kotoroy-ne-prinyato-govorit-3126.html>
10. Статья. «Женщина на войне: правда, о которой не принято говорить». <http://www.pravda-tv.ru/2013/05/30/24497/zhenshhiny-na-vojne-pravda-o-kotoroj-ne-prinyato-govorit>

11. Статья. «О Марше Ветеранов» <http://battlebrotherhood.ru/%D0%BE-%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B5-%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2/>

12. Форум о Великой Отечественной войне «Никто не забыт, ничто не забыто!» Герои Советского Союза <http://1941-1945.at.ua/forum/7-131>

УДК 179.7

Э.Т. Рахматуллина, Е.А. Селиванова

**ВЛИЯНИЕ СИТУАЦИЙ РЕАЛЬНОЙ СМЕРТЕЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ НА
ЖИЗНЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ УЧАЩИХСЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

**Кафедра «Философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом
социальной работы»**

Резюме: В статье приведены результаты исследования изменения жизненных приоритетов учащихся высшей школы вследствие столкновения последних с ситуациями реальной смертельной опасности.

Ключевые слова: смерть, жизненные ценности, влияние смерти, жизнь.

E. T. Rakhmatullina, E.A. Selivanova

**THE IMPACT OF REAL SITUATIONS OF MORTAL DANGER TO LIFE
PRIORITIES OF STUDENTS OF THE HIGHER SCHOOL**

Bashkir State Medical University Ufa

**The Department of "Philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of
social work"**

Summary: In article results of research of change of life priorities of students of the higher school due to the collision them with the real situations of mortal danger.

Keywords: death, life values, the impact of death, life

*«Все знают, что смерть неизбежна,
но так как она не близка,
то никто о ней не думает».*

Аристотель

Актуальность: Жизнь и смерть - вечные темы. О них размышляли пророки и философы, деятели литературы и искусства, медики и многие другие. Вряд ли найдется взрослый человек, который рано или поздно не задумался бы о смысле своего существования, предстоящей смерти и достижении бессмертия. Эти мысли иногда приходят и к молодым людям [1].

Рано или поздно мы все сталкиваемся со смертью и учимся на нее реагировать. Смерть – это реальность для каждого человека, которая неожиданно разворачивается на пути не останавливающейся жизни.

Опасные ситуации, которые могут привести к летальному исходу весьма разнообразны.

Это могут быть:

- 1) природные опасные ситуации - землетрясения, наводнения, оползни и т.п.;
- 2) техногенные опасные ситуации - катастрофы, связанные с транспортными средствами; аварии на опасных производственных объектах и т.п.
- 3) социальные опасные ситуации. Они характеризуются политическими разногласиями и всевозможными конфликтами интересов. К ним относятся войны и вооруженные конфликты и т.п.

Актуальность данной работы заключается в том, что в последние годы количество ситуаций представляющих смертельную опасность для человека увеличивается. Соответственно все большее количество людей сталкивается с такими ситуациями и, по крайней мере, часть из них меняет свои жизненные приоритеты. Причем в ближайшие годы прогнозируется увеличение количества таких ситуаций, что будет приводить все большее количество людей к изменению жизненных приоритетов [2].

Цель работы: Цель данной работы заключается в том, чтобы установить влияние ситуаций реальной смертельной опасности на жизненные приоритеты учащихся высшей школы.

Материалы и методы: Было проведено социологическое исследование, применен метод опроса. Анкетирование прошло 200 учащихся БГМУ.

Результаты и обсуждения: Обработка анкет дала следующие результаты.

На вопрос № 1 «Сталкивались ли Вы с ситуацией, которая по отношению к Вам представляла реальную смертельную опасность?»

46% опрошенных ответили «Нет», а 54% ответили «Да».

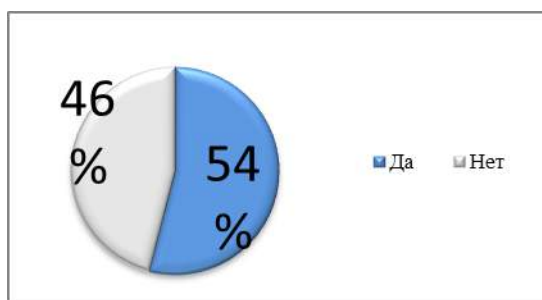


Рис. 1. Столкновение с ситуацией реальной смертельной опасности

Далее мы продолжили опрос только тех студентов, которые столкнулись с ситуацией реальной смертельной опасности. Им было предложено ответить на вопрос № 2 «Каковы ваши жизненные приоритеты (самое важное в вашей жизни)?» с следующими вариантами ответов:

- а. Семья и дети

- b. Карьера и деньги
- c. Саморазвитие
- d. Совершенствование мира
- e. Развлечения и отдых
- f. Наука и исследования

Более половины, а именно 55% из них выбрали вариант ответа - «Семья и дети».

Остальные учащиеся выбрали соответственно: «Карьера и деньги» - 4 % , «Совершенствование мира» - 6% , «Развлечение и отдых» - 12 % , «Саморазвитие» - 15% , «Наука и исследования» - 8%.

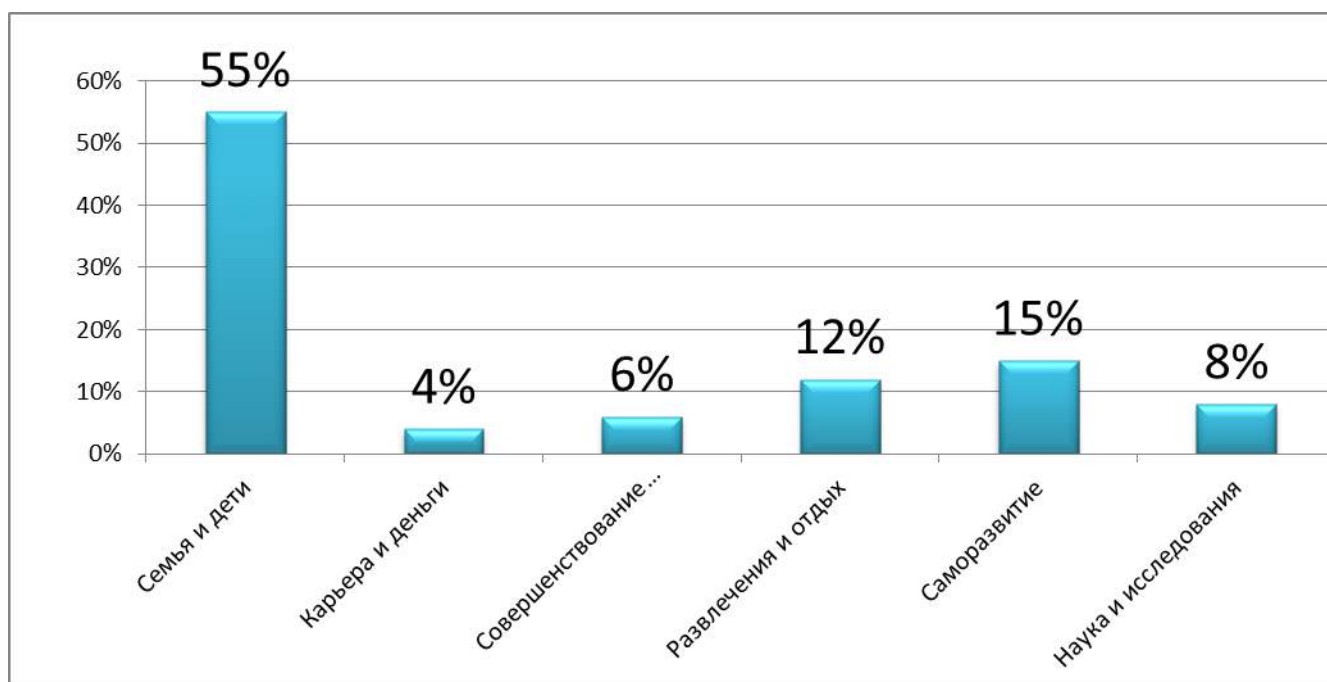


Рис. 2. Жизненные приоритеты

На вопрос № 3 «Если вы сталкивались с ситуацией реальной смертельной опасности, то изменились ли ваши жизненные приоритеты?» 14% учащихся ответили утвердительно, а 40% - отрицательно.

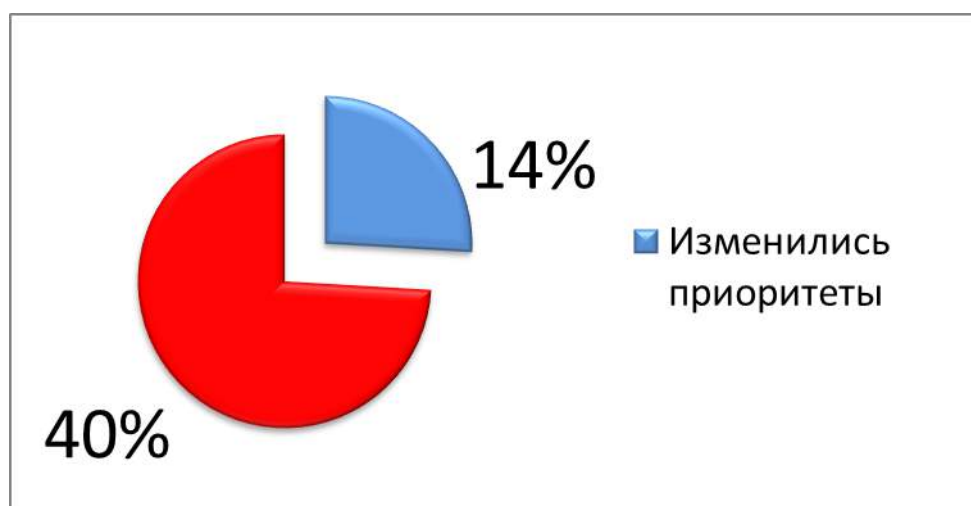


Рис. 3. Изменение жизненных приоритетов

Далее мы сопоставили ответы на вопрос № 4 «Если Вы ответили на вопрос № 3 утвердительно, то укажите, какие жизненные приоритеты были у Вас до столкновения с ситуацией реальной смертельной опасности?» с ответами на вопрос № 2. Это позволило установить, особенности смены жизненных приоритетов. Так для 37% учащихся приоритетом стали «Семья и дети», для 60% - «Развлечения и отдых», а для 3% - «Совершенствование мира».

Выводы: Таким образом, 14% учащихся столкнувшихся с ситуацией реальной смертельной опасности меняют жизненные приоритеты.

Из них 37%, выбрав в качестве приоритета семью и детей, по существу, вернулись в систему традиционных ценностей, что будет способствовать укреплению общества.

60% учащихся выбравших «Развлечения и отдых», скорее всего, не достаточно полно осознали значение смерти. Возможно, часть из них просто нуждается в психологической разгрузке и т.п., чего и стремятся достичь с помощью развлечений и отдыха.

Возможно, что некоторые учащиеся из 3% выбравших в качестве нового приоритета - «Совершенствование мира» пополнят ряды ученых.

Влияние ситуаций реальной смертельной опасности на жизненные приоритеты имеет массу аспектов: философские, психологические, социальные и др. В этом плане дальнейшее исследование данной проблемы вполне закономерно может носить междисциплинарный характер.

Литература

1. Сурмава А.В. К теоретическому пониманию жизни и психики / А.В. Сурмава // Вопросы философии. - 2003. - № 4. - С. 119-132.
2. Балашов Л.Е. Жизнь, смерть, бессмертие человека // электрон. данные.

Режим доступа URL: <http://hpsy.ru/public/x2198.htm>

УДК 115.4

Ю.Р. Сагадатова

**ФИЛОСОФСКИЕ ВОЗЗРЕНИЯ ФИЛОСОФОВ ОТ АНТИЧНОСТИ ДО НОВОГО
ВРЕМЕНИ НА ПРИРОДУ ПРОСТРАНСТВА И ВРЕМЕНИ**

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы.**

Резюме. В данной статье рассматриваются ключевые позиции философов от античности до Нового времени на природу пространства и времени. С момента возникновения теории относительности не только в философии, но и в других областях наук произошел коренной переворот представлений о пространстве и времени. Одни поддерживали данную теорию, а другие критиковали. С течением времени наблюдалось становление положительного отношения к теории относительности.

Ключевые слова: пространство, время, теория относительности, материя.

J.R. Sagadatova

**PHILOSOPHICAL VIEWS OF PHILOSOPHERS FROM ANCIENT TO MODERN
TIMES ON THE NATURE OF SPACE AND TIME**

Bashkir state medical University (Ufa, Russia)

**The Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of
social work.**

Summary: This article discusses the key positions of the philosophers from antiquity to modern times on the nature of space and time. Since the emergence of the theory of relativity not only in philosophy but in other fields of science there was a radical change of representations about space and time. Some supported this theory, and others criticized. Over time was observed the formation of a positive attitude to this theory.

Keywords: space, time, the theory of relativity, substance.

Актуальность: Еще в конце XIX века большинство ученых склонялось к точке зрения, что физическая картина мира в основном построена и останется в дальнейшем неизменной – предстоит уточнять лишь детали. Но в первые десятилетия XX века физические воззрения изменились коренным образом. Учения физики о пространстве и времени широко проникали в разные области наук, в том числе и философию. Само по себе это понятие заставляло задумываться великих ученых. Сначала, изучение пространства происходило на основе

практического пользования различными объектами труда, узнавание их протяженности. А время рассматривали с точки зрения смены событий, изменение характеристик предметов. Затем, знания, накопленные с течением веков, систематизировались учеными и приобретало более глубокое значение. Было изучено трехмерность пространства, сформулированы теории абсолютного пространства и времени. С течением времени, вопрос пространства и времени рассматривался еще глубже, погружая в себя и другие области наук, кроме физики, математики и астрономии. Современные представления о мире постепенно изменялись, одна идея сменяла другую. Коренным переворотом во всех областях науки явилось возникновение теории относительности. На тему нового представления мира обсуждали многие ученые. Эти бурные беседы возникали не только среди ученых, но и среди обычных людей. Все старались объяснить организацию мира с точки зрения данной теории. Даже сегодня, все вопросы опираются на общую теорию относительности, ведь возникновение новых технологий и строительство приборов основывается на нем. Именно поэтому возникла необходимость рассмотрения данной теории, как один из вопросов существования пространства и времени.

Цель: Проследить изменения философских взглядов на вопросы, касающиеся пространства и времени с античности до нового времени, а также выявить закономерность рассмотрения теории относительности в качестве универсальной концепции для объяснения строения мира с философской точки зрения.

Материалы и методы: В работе автор пользуется обзорным анализом учений основ пространства и времени в работе философов и их взгляд на общую теорию относительности.

Обсуждение: До появления теории относительности Эйнштейна, физика строилась на взглядах различных ученых. Так, Аристотель считал, что пространство – это «совокупность мест тел», а время – «число движений». Аристотелевское пространство-время можно представить себе как стопку бумаги, насквозь натвердо проклеенную. Каждый слой бумаги есть пространство в данный момент времени, и с ходом времени мы перебираем слои один за другим. У Галилея в каждый момент времени существует определенное пространство, которое есть в определенное время. Если взять одну фиксированную точку пространства, невозможно сказать, где она будет через несколько минут[1]. По Лейбницу, пространство представляет собой одно тело, окруженное множеством других, а время – это смена одного состояния тел на последующее. Они рассматривали понятия пространства и времени независимо друг от друга. В начале XX в. была создана теория относительности, которая заставила пересмотреть традиционные воззрения на пространство и время и отказаться от некоторых представлений. Теория относительности включала в себя основные две идеи: общую и специальную теорию относительности.

Согласно этой теории, пространство в различных частях Вселенной имеет различную кривизну. Кривизна пространства обусловлена действием гравитационных полей, образуемых массами тел. Эйнштейн говорил об относительности пространства и времени, считая, что пространственно-временные свойства тел изменяются в зависимости от их скорости движения. Так, по мере приближения скорости движения определенного тела к скорости света, его линейные размеры сокращаются в направлении движения, а время, само по себе, замедляется [3]. Диалектический материализм нашел аргументацию своим представлениям о пространстве и времени в теории Эйнштейна. В диалектическом материализме пространство и время представляется, как форма бытия материи, которые незыблемо связаны с материей и связаны с ней.

Теорию относительности использовали и идеалисты в качестве доказательств своей концепции. Философ и физик, Ф. Франк указывал на то, что теория относительности направила движение мысли к материализму и в данной теории материя не имеет смысла, она способна трансформироваться в нематериальную сущность, т.е. энергию. Но, идеалисты ошибались, отрицая существование объективного пространства и времени, тогда как в теории говорится только об их относительности.

Вслед за сторонниками данной теории в философии появились и критики, отрицающие относительность пространства и времени. Натурфилософы и стихийные материалисты рассматривали пространство и время как объективно существующие качества внешнего мира. Такой подход нашел свое логическое завершение в физике и натурфилософии И. Ньютона [3]. Как уже говорилось ранее, он развил концепцию абсолютного пространства и абсолютного времени, согласно которой пространство – это «вместилище» для всей материи, бесконечная протяженность, а время – равномерно текущая бесконечная длительность. Они не зависят от тех процессов, которые происходят внутри самой материи. Такая ньютоновская концепция пространства и времени позволила.

И. Канту сделать вывод о том, что они вообще принадлежат не миру человеческого опыта, а познавательным способностям людей. Даже точная и непротиворечивая формулировка этих понятий на математическом языке ньютоновской механики или их тщательный анализ в философии Канта не дали никакой гарантии от необходимости их критического анализа. По Канту, пространство и время – это формы чувственного созерцания, присущие человеческому восприятию изначально [4]. Эйнштейна раскритиковали из-за противоречия с категорической схемой Канта, где утверждалось, что пространственно-временное искривление, вызванное вопросом и энергией, невозможно, так как вопрос и энергия уже требуют понятия пространства и времени.

Анри Пуанкаре, Пьер Дюхам и Хьюго Динлер высказывали мнение, что классическое понятие пространства и времени всегда будут базовыми в изучении мира, поэтому само понятие относительности не является разумным.

Некоторые сторонники витализма и критического реализма склонялись к тому, что имеется различие между биологическими, физическими и психологическими явлениями. Французский философ, Анри Бергсон отрицал расширение времени, описанной в теории относительности, утверждая, что это расширение не применимо для биологических организмов, в результате чего он также отрицал релятивистское решение двойного парадокса [5].

Из недавно возникших учений, феноменология рассматривала теорию относительности, как вариант вполне достоверной теории. Феноменология рассматривает время с объективной позиции, например, существующее в реальном времени и внутреннее время, свойственное каждому человеку [2]. Интерес от объективного пространства и времени, феноменология, постепенно смещает к внутреннему сознанию-времени. Важным фактором в восприятии пространства с феноменологической точки зрения является чувственный образ внешних структурных характеристик предметов, непосредственно воздействующих на органы чувств. Одним из представителей данного направления является Г. Башляр, который разделял пространство на фрагменты развертывая идеи в двух направлениях: погружения в сон и пробуждения; оно располагается вокруг центра сна и заполняется предметами, а при движении к центру оно растягивается по спирали, и затем распространяется и структурируется в разных направлениях.

Также, к новым направлениям относится философия жизни, основанная на сциентизме, в основе которого вся философия подвергалась критике и рассматривалась с научной точки зрения. Многие ученые поддерживали неклассическое естествознание. Можно даже утверждать, что обнаружение А. Эйнштейном принципов теории относительности, появление генетики повлияло на создание А. Бергсоном работы «Творческая эволюция» (1907), которую оправдано считать одним из образцов нового, "неклассического" философствования. Бергсон отмечал, что время – свойство движения реального мира, но движение Ньютон и Эйнштейн понимают только как механическое перемещение предмета, а по Бергсону существуют и другие виды движения, такие как психическое движение в глубине личности.

Таким образом, теория относительности Эйнштейна сыграла существенную роль в становлении философии. С момента его возникновения не только в философии, но и в других областях наук произошел коренной переворот представлений о пространстве и

времени. Одни поддерживали данную теорию, а другие критиковали. Однако, с течением времени, наблюдалось становление положительного отношения к теории относительности. Люди, переосмысливали классические концепции и отдавали предпочтение новой теории, включающей в себя многие ранее неизвестные вопросы. Для понимания материи, эта теория стала более удобной, так как Эйнштейн применил простую форму объяснения своих расчетов, что еще повысило значимость теории относительности для более широкого приобщения его как на теории, так и на практике, используя данную теорию за основу понятий пространства и времени.

Литература

1. Балашов Л.Е. Философия. 3-е изд., с испр. и доп. М., 2009. 664 с.
2. Власов С.А., Назарова И.Р., Нехамкин В.А. Основные проблемы философской теории. М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана. М., 2014.с 90-106
3. Голубинцев В.О., Данцев А.А., Любченко В.С. Философия науки. Р н/Д: Изд-во Феникс, 2008.с.115-121
4. Кузнецов В.Г., Кузнецова И.Д., Миронов В.В., Момджян К.Х. Философия: Учебник. М.: ИНФРА-М, 2004.с.188-203
5. Кассирер Э. Теория относительности Эйнштейна //Пер. с нем. Изд. Второе. М., 2008.с. 50-55

УДК 171

Н.Т. Саттарова, З.С. Тамоян, А.Н. Поладов, Ю.С. Тулбаева
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ
УЧАЩИХСЯ ПЕРВОГО И ВЫПУСКНЫХ КУРСОВ БГМУ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Кафедра «Философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом
социальной работы»

Резюме: В статье представлены результаты исследования уровня психической устойчивости студентов первого, пятого и шестого курсов БГМУ.

Ключевые слова: личность, психологическая устойчивость, сопротивляемость, уравновешенность.

N.T. Sattarova, Z.S. Tamoyan, A.N. Poladov, J.R. Tulbaeva
COMPARATIVE ANALYSIS OF LEVEL OF MENTAL STABILITY OF PUPILS OF
THE FIRST AND FINAL YEARS OF BGMU

Bashkir State Medical University Ufa
The Department of "Philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of
social work"

Summary: Results of research of level of mental stability of students of the first, fifth and sixth courses BGMU are presented in article.

Keywords: personality, psychological stability, resistance, balance.

Актуальность: Несмотря на значительное количество исследований, посвященных проблеме психической устойчивости, до сих пор не достаточно изучен вопрос о том, что представляет собой психическая устойчивость как свойство личности учащегося высшей школы и как на развитие психической устойчивости влияет обучение в высшей школе [1]. От ответов на эти вопросы в немалой степени зависит эффективность обучения.

Достижение цели, например, получение высшего образования, часто связано с преодолением различных трудностей. В таких ситуациях немалую роль играет психическая устойчивость.

Психическая устойчивость – это сохранение продуктивного функционирования психики в кратковременной или длительной напряженной ситуации. Она является предпосылкой преодоления трудностей, активного и безошибочного выполнения задач в сложной обстановке; позволяет сконцентрировать и распределить внимание,

ориентироваться, использовать знания, навыки, умения, выдерживать большие внешние и внутренние нагрузки. Психическая устойчивость может быть относительно постоянной характеристикой личности. В этом случае она обеспечивается равновесием психических процессов, состояний и свойств личности, такой организацией ее внутреннего мира, при которой в трудной ситуации доминирующими оказываются высшие чувства и мотивы, положительные черты характера. Психическая устойчивость может быть и ситуативной. В этом случае в ее структуре важное место занимают положительные мотивы поведения, сознательное самоуправление, правильная оценка обстоятельств.

Необходимость достаточно высокого уровня психической устойчивости для успешного обучения в высшей школе говорит о важности исследования психической устойчивости учащихся высшей школы и направленности ее изменения от первого курса к выпускным.

Цель работы: исследовать изменение уровня психической устойчивости учащихся от первого курса к выпускным курсам (V и VI курсы разных специальностей).

Материалы и методы: Были применены: тест на психическую устойчивость, методы математико-статистической обработки результатов, сравнительный анализ.

Тестирование прошло 255 учащихся: I курс – 156; Выпускные курсы (по разным специальностям) V курс – 59; VI курс - 40.

Результаты и обсуждения:

Установлено следующее:

- Учащихся с низким уровнем психической устойчивости 11 человек: первый курс - 10 человек, выпускные курсы - 1 человек.
- Учащихся со средним уровнем психической устойчивости 178 человек: первый курс - 142 человека, выпускные курсы - 36 человек.
- Учащихся с высоким уровнем психической устойчивости 66 человек: первый курс - 4 человека, выпускные курсы - 62 человека.

Таблица 1

Уровни психической устойчивости учащихся первого курса и выпускных курсов

Курс	Уровни психической устойчивости		
	Высокий	Средний	Низкий
I	2,56%	91,03%	6,41%
V и VI	62,63%	36,36%	1,02%

Весьма интересна направленность изменения уровней психической устойчивости от первого курса к выпускным курсам. При анализе данных результатов следует учитывать, что немалая часть учащихся не доходит до выпускных курсов. Причины этого весьма разнообразны. Однако, в ряде случаев основной, а иногда и единственной причиной является недостаточный для обучения и практики уровень психической устойчивости. Обычно это наблюдается когда: 1) учащиеся не выдерживают учебную нагрузку в аспекте интенсивности интеллектуальной деятельности; 2) учащиеся не в состоянии преодолеть отрицательные эмоции, в частности, при изучении строения тела человека при работе с трупами.

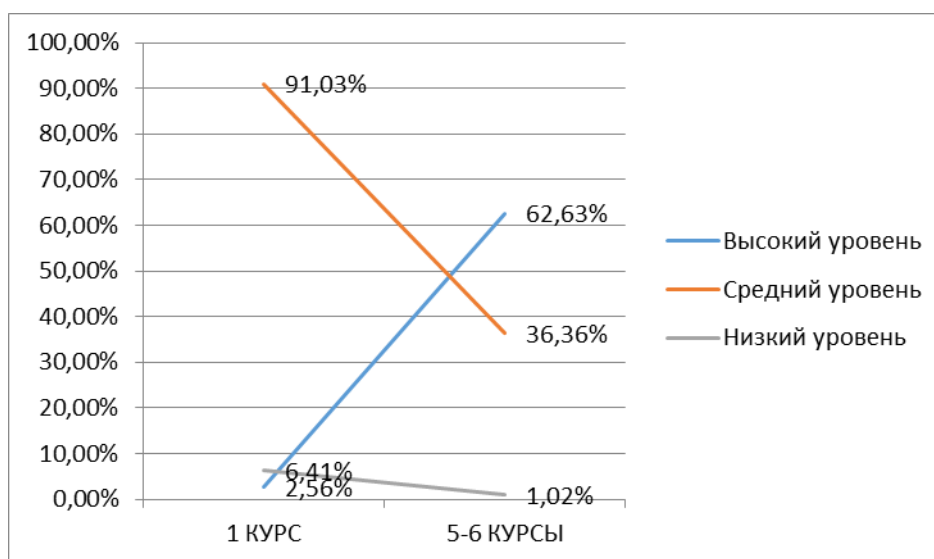


Рис. 1. Направленность изменения уровней психической устойчивости от первого курса к выпускным курсам

Выводы: Среди учащихся первого курса почти все учащиеся (91,03%) со средним уровнем психической устойчивости. К выпускным курсам снижается количество учащихся со средним уровнем психической устойчивости (с 91,03% до 36,36%), снижается и количество учащихся с низким уровнем психической устойчивости (с 6,41% до 1,02%). При этом значительно возрастает количество учащихся с высоким уровнем психической устойчивости (с 2,56% до 62,63%). Это может свидетельствовать о том, что: 1) среди отчисленных до выпускных курсов немалая часть людей с низким уровнем психической устойчивости и средним уровнем психической устойчивости, 2) успешное обучение в Башкирском государственном медицинском университете способствует значительному повышению уровня психической устойчивости.

Литература

1. Иванова С.П. / Психологическая устойчивость личности как фактор противодействия негативным влияниям социальной среды // «Образование и общество» научный,

информационно-аналитический журнал. Режим доступа к журн. URL:
http://www.jeducation.ru/6_2009/50.html

УДК: 616.36-022.6-002.2-058:316.6]:303. 621.34(045)

Е.Н. Усова

**ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ**

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Саратов, Россия

Резюме. В статье отношение к болезни рассматривается как фактор социального самочувствия больных хроническим вирусным гепатитом. Цель: изучить отношение к болезни как фактор социального самочувствия пациентов с хроническим вирусным гепатитом. Материалы и методы: тест «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., 1987 г), авторская анкета «Социальное самочувствие больных хроническими заболеваниями. Хронический вирусный гепатит» (2015 г.). Результаты: в ходе исследования было опрошено 384 респондента (42,5% женщин и 57,5% мужчин, в возрасте от 25 до 53 лет, с различной продолжительностью заболевания). Выявлены следующие типы: эргопатический (49%), анозогнозический (23%), сенситивный (8%), гармоничный (13%), тревожный (7%). В ходе изучения социального самочувствия было установлено, что в среднем около 60% респондентов – это работающие люди, удовлетворенные своей трудовой деятельностью и условиями труда. Выводы: для большинства пациентов характерен «уход от болезни в работу», стремление ее продолжать и сохранить свой профессиональный статус, либо полное отрицание факта наличия заболевания и переключением внимания на другие сферы жизни, преимущественно на трудовую деятельность, что подтверждается данными по социальному самочувствию.

Ключевые слова: отношение к болезни, хронический вирусный гепатит, социальное самочувствие.

E.N. Usova

**THE ATTITUDE TO THE DISEASE AS A FACTOR OF SOCIAL WELL-BEING OF
PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS**

Saratov State Medical University. n.a. V.I. Razumovsky

Saratov, Russia

Summary. The article related to the disease is considered as a factor of social well-being of patients with chronic viral hepatitis. Objective: To examine the relation to the disease as a factor of

social well-being of patients with chronic viral hepatitis. Materials and Methods: The test "type attitude to the disease" (Wasserman, LI, 1987), the author's profile "Social well-being of patients with chronic diseases. Chronic viral hepatitis "(2015). Results: The study surveyed 384 respondents (42.5% women and 57.5% of men aged 25 to 53 years, with different disease duration). Revealed the following types: ergopathic (49%), anosognostic (23%), the sensitive (8%), balanced (13%), anxiety (7%). During the study of social well-being, it was found that on average about 60% of respondents - is working people who are satisfied with their employment and working conditions. Conclusions: The majority of patients characterized by "a departure from the disease in the work", her desire to continue and maintain their professional status, or complete denial of the existence of the disease and the shift of attention to other areas of life, especially in the labor force, which is confirmed by data on social well-being.

Keywords: relation to disease, chronic viral hepatitis, social well-being.

Актуальность. Изучение такого феномена как «социальное самочувствие» больных хроническим вирусным гепатитом способствует получению дополнительных критериев оценки процесса их социальной адаптации в условиях болезни, а также в изменившейся жизненной ситуации [2]. В проблемном поле социологии понятие «социальное самочувствие» связывают, в основном, с изучением стратегий жизнедеятельности и адаптационных процессов различных групп населения [3]. В этом случае в фокусе внимания исследований оказываются показатели удовлетворенности отдельного человека теми или иными аспектами его жизнедеятельности, при учете влияния семейной, бытовой, трудовой, культурной и других сфер.

В рамках психологического подхода трактовка понятия «самочувствие» связана с внутренними личностными переживаниями человека, базирующимися на ощущениях физического, психологического и социального комфорта/дискомфорта внутреннего состояния индивида [1].

В связи с этим представляется неверным разделение социального, физического и психологического состояния пациента.

Цель работы. Изучить особенности социального самочувствия у пациентов с хроническим вирусным гепатитом, а также особенности их отношения к болезни как фактора социального самочувствия данной категории пациентов.

Материалы и методы. Исследование проходило в два этапа. На первом этапе для исследования типа отношения использовался тест «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., 1987 г). На втором этапе исследовалось социальное самочувствие

пациентов с хроническим вирусным гепатитом С с помощью авторской анкеты «Социальное самочувствие больных хроническими заболеваниями. Хронический вирусный гепатит» (2015 г.). В ходе обработки полученных данных для количественной оценки результатов исследования использовались программы Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 19.

Результаты и обсуждение. Результаты I этапа. В исследовании приняли участие 384 пациента с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС), находящихся на стационарном лечении 14-го инфекционного отделения 2-й Городской клинической больницы г. Саратова. В состав основной группы вошло 42,5% женщин и 57,5% мужчин, в возрасте от 25 до 53 лет. Продолжительность заболевания от 1 месяца до 15 лет. Группу сравнения составили 100 человек клинически здоровых (43 женщин и 57 мужчин) в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст=29 лет), без наличия хронических вирусных заболеваний, проживающих в г. Саратове.

По результатам методики «Тип отношения к болезни» (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., 1987) было выявлено, что наиболее часто встречающимся типом отношения к болезни в основной группе являются эргопатический тип (49%, в группе сравнения - 23%), анозогнозический тип (23%, в группе сравнения - 37%), а также сенситивный тип (8% и 33% соответственно), гармоничный тип (13% и 7% соответственно). Также в основной группе выявлен тревожный тип отношения к болезни (7%).

Результаты II этапа. Для данного исследования использовались результаты, полученные в ходе диагностики следующих компонентов социального самочувствия: вид выполняемой трудовой деятельности (профессия), субъективная привлекательность трудовой деятельности, удовлетворенность условиями труда, субъективная оценка своей успешности в трудовой деятельности.

В ходе обработки данных были получены следующие результаты:

1. по параметру «трудовая деятельность» выявлено, что 0,9% от общего числа всех опрошенных респондентов занимают должность руководителя высшего звена, 11,1% респондентов являются руководителями среднего звена, 12% - специалистами, работниками офиса, 41,3% - рабочие, 0,9% - студенты, 9,9% - пенсионеры, 10,5% - не имеют постоянной работы, 13,3% - другое (преимущественно сотрудники сфер обслуживания);

2. по параметру «привлекательность трудовой деятельности»: 57,5% респондентов считают свою работу привлекательной для себя, 9,1% всех опрошенных не считают ее таковой, 33,4% затрудняются ответить на данный вопрос.

3. по параметру «удовлетворенность условиями трудовой деятельности»: 53% респондентов удовлетворены условиями труда, 16,3% - не удовлетворены, 30,7% - затрудняются ответить;

4. по параметру «субъективная оценка своей успешности в трудовой деятельности»: 28,9% ответили «конечно да», 27,7% - «больше да, чем нет», 14,5% «больше нет, чем да», 5,1% «точно нет», 23,8% затрудняются ответить.

Полученные в I этапе результаты позволяют нам констатировать, что у респондентов основной группы наиболее выраженными типами отношения к болезни являются эргопатический, анозогнозический и гармоничный, в меньшей степени сенситивный и тревожный.

Таким образом, у респондентов основной группы реагирование на факт наличия заболевания выражается преимущественно реакцией по типу «уход от болезни в работу», заключающейся в том, что не смотря на тяжесть заболевания их избирательное отношение к лечению, обусловлено, прежде всего, стремлением, продолжать работу и сохранить свой профессиональный статус; либо второй вариант - реакция отрицания факта заболевания как такового, а следовательно игнорирования адекватного подхода к лечению, активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях; либо третий тип реагирования, заключающийся в более адекватном отношении к своему заболеванию, т.е. склонности оценивать свое состояние без преувеличения его тяжести, но и без его недооценки, стремление во всем активно содействовать успеху лечения, минимизировать близким тяготы ухода за собой. Гораздо реже встречается сенситивный тип отношения к болезни, при котором пациенты озабочены возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их болезни. Для них также характерна боязнь стать обузой для близких из-за болезни, боязнь вызвать у них неблагоприятное отношение. И последний, тревожный тип реагирования, заключается в постоянном и чрезмерном внимании к своему здоровью, поиске новых, разнообразных подходов к лечению, жажде дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиске «авторитетов», частой сменой лечащего врача, в отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям.

Что касается результатов II этапа исследования, то было установлено, что около 80% (78,6%) респондентов имеют постоянную трудовую занятость и только около 20% (21,4%) не имеют постоянной работы, либо же это пенсионеры, студенты. Примерно 60% (57,5%) считают свою работу привлекательной и довольны условиями труда (53%). Также от всего

количества опрошенных почти 60% (56,6%) считают себя в принципе успешными работниками.

Выводы. Полученные результаты дают наглядное подтверждение тому, что среди пациентов наиболее часто встречающимся типом отношения к болезни является эргопатический, характеризующейся «уходом от болезни в работу», стремлением ее продолжать и сохранить свой профессиональный статус. Либо же полным отрицанием факта наличия заболевания и переключением внимания на другие сферы жизни, преимущественно на трудовую деятельность, что подтверждается данными по социальному самочувствию. Изучение данных параметров позволяет глубже понять специфику стратегий поведения пациента относительно проводимой терапии. При работе с данной категорией пациентов специалистам необходимо учитывать оба феномена и их неразрывную связь с целью увеличения эффективности проводимого лечения.

Литература

1. Судиловская Н.Н., Киселева С.Л., Андреева А.С. изучение личностного реагирования пациентов на заболевание вирусным гепатитом С// Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 2 – С. 43-44.
2. Усова Е. Н. Психологические механизмы адаптации к болезни у больных с хроническим вирусным гепатитом С// Усова Е. Н., Андриянова Е. А., Миронова Н. И.// Бюллетень медицинских интернет-конференций 2015; № 2. – Т. – 5.-С.-57.
3. Чугуенко В.М., Новые тенденции в исследовании социального самочувствия населения //Социологические исследования. 2013. № 1. С. 15-23.

УДК 165.19

Е.И. Чернова

РОЛЬ ИНТУИЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной работе сделана попытка осуществить анализ роли интуиции в практике врача. Показано, что особенно в критических, экстренных ситуациях, требующих незамедлительных действий, интуиция нередко помогает врачу вовремя принять правильное и единственно верное решение.

Ключевые слова: интуиция, познание, врач.

E. I. Chernova

THE ROLE OF INTUITION IN PRACTICE PHYSICIAN

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Summary: This paper attempts to analyze the role of intuition in practice of a physician. It is shown that especially in critical, emergency situations requiring urgent action, intuition often helps the doctor to make the correct time and the only right decision.

Keywords: intuition, cognition, doctor.

Актуальность: Мы много внимания уделяем образованию врачей, достижению ими достаточного уровню знаний. Однако, подчас, забываем, насколько значимой может быть иррациональная компонента врачебной практики, в частности, сколь часто врач вынужден руководствоваться интуицией в процессе принятия решений. На наш взгляд, несмотря на всю важность этой проблемы, степень её научной разработанности оставляет желать лучшего. В связи с этим мы решили посвятить ей данное исследование.

Цель: проанализировать роль интуиции в познании и в практической работе врача.

Материалы и методы: использовались общие философские и теоретические методы: анализ и синтез, индукция и дедукция, диалектический методы. А также воспоминания и свидетельства врачей о роли интуиции в их врачебной практике.

Бессознательный разум, дающий знания, минуя рассуждения и умозаключения, мгновенное понимание или осознание без рационального мышления – это интуиция.

Древние мыслители, например Демокрит и, особенно, Платон, рассматривали ее как внутреннее зрение, особую, высшую способность ума, которая позволяет подняться до постижения неизменных и вечных идей, существующих вне и независимо от человека. [2]

Декарт считал, что интуиция позволяет отчетливо и ясно усматривать идеи, заключенные в нашей душе [2]. Спиноза говорил, что интуиция - высшее проявление рациональных способностей человека, основанное на свободе восприятия, при котором "вещь воспринимается единственно через ее сущность или через познание ею ближайшей причины". Таким образом, это своего рода ускоренное умозаключение, выраженное в знаковой форме, отражающей использование понятия [8, с. 167].

По Локку, все наше знание возникает из опыта и состоит в созерцании умом своих идей. Поскольку существуют различные способы этого постижения, постольку существуют и различные способы познания, самое ясное и достоверное из которых – интуитивное познание, в котором ум постигает соответствие или несоответствие идей независимо от них самих.

Получая новую информацию, мы создаем неограниченный резерв человеческого познания, выступающего в конечном итоге скрытым от самого человека, но уже имеющегося у него знания – криптогнозы.

Криптогноза - временно неосознаваемое знание, полученное от непосредственного взаимодействия человека с объективным миром, включающее в себя весь предшествующий опыт субъекта, но не используемый им ранее. Данное знание тоже изучается гносеологией.

Процесс научного познания, а также различные формы художественного освоения мира не всегда осуществляются в развёрнутом, логически и фактически доказательном виде. Нередко субъект схватывает мыслью сложную ситуацию, например, во время военного сражения, определения диагноза, установления виновности или невиновности обвиняемого и т. п. Роль интуиции особенно велика там, где необходим выход за пределы существующих приёмов познания для проникновения в неведомое. Но интуиция не есть нечто неразумное или сверхразумное. В процессе интуитивного познания не осознаются все те признаки, по которым осуществляется вывод, и те приёмы, с помощью которых он делается. Интуиция не составляет особого пути познания, идущего в обход ощущений, представлений и мышления. Она представляет собой своеобразный тип мышления, когда отдельные звенья процесса мышления проносятся в сознании более или менее бессознательно, а предельно ясно осознаётся именно итог мысли — истина.

Современная психология творчества и нейрофизиология позволяет с уверенностью утверждать, что интуиция включает в себя ряд определенных этапов. К ним относятся: 1)

накопление и бессознательное распределение образов и абстракций в системе памяти; 2) неосознанное комбинирование и переработка накопленных абстракций, образов и правил в целях решения определенной задачи; 3) четкое осознание задачи; 4) неожиданное для данного человека нахождение решения (доказательство теоремы, создание художественного образа, нахождение конструкторского или военного решения и т.д.) [2, с. 88].

Феномен интуиции очень интересно проявляет себя у людей, занимающихся созданием чего-либо нового. Например: Н.Тесла мог неожиданно придти к какой-то принципиально новой разработке, прогуливаясь в парке; композитор мог увидеть и услышать во сне исполнение своей новой (в будущем) музыкальной композиции. При всём этом, не всё, что человек принимает за интуитивное открытие, есть интуитивное. Для интуитивной способности человека свойственны неожиданность решения задачи, неосознанность путей и средств её решения и непосредственность постижения истины на сущностном уровне объектов. Это отличает интуицию от похожих логических и психических процессов. [4]

Представление о том, что основной формой врачебного мышления является интуиция, сложилось в античное время, когда медицина являлась не наукой, а своего рода «искусством». Мнение об интуитивности мышления врача было популярно вплоть до XX века и было обусловлено тем, что медицина прошлого не располагала знанием закономерностей возникновения и развития многих болезней, поэтому процесс их распознавания носил «таинственный» характер. При этом врачи не могли понять и осознать ход своего мышления, рационально объяснить логическую структуру процесса диагностики не только в силу объективных условий, но и из общественных соображений. Распознавание болезней в интересах «цеховой» замкнутости представлялось как мистический процесс доступный лишь узкому кругу лиц, владеющих «врачебной интуицией». Это был, по словам К. Бернара, «темный эмпирический период, при котором наблюдают, не понимая и в котором действуют как бы инстинктивно». Успех медицины прошлых лет определялся почти исключительно эмпирически развитой наблюдательностью врачей [6; 8]

Интуиция играет определенную роль в диагностическом процессе, но лишь начального, подготовительного этапа и, ни в коем случае не его завершения. Многие выдающиеся клиницисты (Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, А.А. Остроумов и др.) справедливо отмечали факт интуиции, проявляющейся особенно ярко в диагностике и состоящей в том, что врач внезапно испытывает чувство ясности и уверенности в оценке характера заболевания, иногда уже после первого контакта с больным. Мнимая интуитивность диагностики Г.А. Захарьина в действительности базировалась на изумительной медицинской эрудиции, колоссальном врачебном опыте и исключительной памяти [3]. С.П. Боткин указывал на широкое

распространение автоматизированного мыслительного процесса во врачебной деятельности: «Диагнозы по первому взгляду врача на больного были причиной общеизвестного мнения о верности или неверности так называемого взгляда того или другого доктора. Нет никакого сомнения, что при известном навыке и известных способностях у людей может развиваться в очень значительной степени способность делать заключения на основании первого впечатления и нередко без участия сознательного центра мышления. Врач, делающий диагностику больного или заключения о его болезни, не имея достаточного количества фактов на основании одного только первого впечатления на его центры через посредство его периферических приводов, действует по инстинкту» [1, с. 46].

Недавно мне удалось повстречаться с одним из опытных хирургов и спросить ее мнения о роли интуиции в медицине: «Конечно, интуиция играет огромную роль в медицинской практике, - ответила она, - но интуиция есть результат богатой и многолетней практики. Поэтому необходимо очень ответственно относиться к своему делу, получать как можно больше знаний в выбранном направлении. Каждому начинающему врачу очень тяжело, конечно же, будут ошибки, но со временем, все встанет на свои места. Мне она часто помогает в диагностике пациента, определения времени проведения операции, отправления больного для диагностики к специалисту другого профиля».

Выводы. Профессия врача требует огромного запаса знаний и умений и, казалось бы, далека от всего спонтанного и иррационального. Тем не менее, и в этой сфере мы находим, какое большое значение может иметь интуиция. Подчас, особенно в критических, кризисных ситуациях именно интуитивное познание, мгновенное "схватывание" сути помогает врачу вовремя принять правильное и единственно верное решение.

Литература

1. Боткин С.П. Клинические лекции. М.: Медгиз, 1952. Т 2. 181 с.
2. Введение в философию: Учебное пособие для вузов / Авт.колл.: Фролов И.Т. и др – 4-е издание, перераб. И доп. М.: Культурная революция, Республика, 2007. 488 с.
3. Захарьин Г.А. Клинические лекции и труды факультетской терапевтической клиники императорского университета – М.: Университетская тип-я, 1894. 309 с.
4. Ломоносов М. В. Избр. философские произведения. М.: Госполитиздат, 1950. С.40.
5. Остроумов А.А. Клинические лекции, записанные студентом Шингаровым М: Издательство: Волчаниновъ М.Г., 1895. 270 с.

6. Попов А.С., Кондратьев В.Г. Очерки методологии клинического мышления. Л.: Медицина, 1972. 182 с.
7. Спиноза Б. Избр. произведения. М., 1957, т. 1, с. 325.
8. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса Л.: Медицина, 1984. 191 с.
9. [Электронный ресурс] Ю.М. Чертков, врач-кардиолог, директор Агентства медицинского маркетинга/ Газета «Новости медицины и фармации» 1(306) 2010 <http://www.mif-ua.com/archive/article/11553>

УДК 378.036:18:130

Х.А. Шарипкулов

**ВОСПИТАНИЕ КУЛЬТУРЫ ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ СРЕДСТВАМИ
КУЛЬТУРНО-ДОСУГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы**

Резюме. В данной статье раскрываются сущность понятия «культура поведения» и специфика культуры поведения у современной молодежи, а также рассматривается роль культурно-досуговой деятельности в воспитании культуры поведения и формировании ценностей поведенческой культуры молодежи.

Ключевые слова: молодежь, досуг, культура поведения.

H.A. Sharipkulov

**EDUCATION OF CULTURE OF BEHAVIOUR AT YOUTH MEANS
OF CULTURAL AND LEISURE ACTIVITY**

Bashkir state medical university, Ufa

**Department of philosophy and social and humanitarian disciplines with a course of
social work**

Resume. In this research the essence of the concept «culture of behavior» and specifics of culture of behavior at modern youth reveal, and also the role of cultural and leisure activity in education of culture of behavior and formation of values of behavioural culture is considered youth.

Key words: youth, leisure, culture of behavior.

Актуальность исследования: Сегодня молодежь находится в центре внимания во многих аспектах – образование и культура, молодежная политика, молодежь и спорт, молодежь и наука, но очень часто забывается, что помимо всего этого молодежи необходимо прививать культуру поведения. Являясь самой мобильной, подвижной, энергичной частью общества, она через несколько лет превратится в основную часть нашего общества, окончательно сформировавшись в своем взгляде на мир. Актуальной на наш взгляд эта тема является еще и потому, что современная молодежь - явление уникальное. Она сформировалась на постсоветском пространстве. Это, естественно, наложило отпечаток на восприятие мира, обусловило большую вариативность в личном отношении к сегодняшней

жизни, привело к пересмотру жизненных ценностей, собственных принципов. Поэтому сегодня молодое поколение очень часто забывает о своем поведении в общественных местах, не думает, что говорит в присутствии старшего поколения. Проблема повышения уровня молодежной поведенческой культуры с нашей точки зрения очень актуальна.

Цель исследования: Рассмотреть роль культурно-досуговой деятельности в воспитании культуры поведения молодежи на основе анализа деятельности Министерства молодежной политики и спорта РБ по формированию культуры поведения современной молодёжи.

База исследования: Министерство молодежной политики и спорта Республики Башкортостан и ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Материалы и методы исследования: логико-теоретический анализ проблемы, методы сбора эмпирического материала: опрос, наблюдение, анализ и обобщение документов и статистических материалов.

Результаты и обсуждение. Культура поведения – это поведение человека в соответствии с теми нормами и правилами, которые выработало и придерживается данное общество. В понятие культура поведения входят все области внешней и внутренней культуры человека. Это определенные манеры, способы общения, обращение к окружающим, быть вежливым со старшими и с женщинами, понимать, что прилично делать в данной обстановке, культура быта. Сущность человека во многом проявляется в его поведении. Только по поступкам мы судим о внутренних побуждениях, мыслях и чувствах. Зная основные составляющие культуры поведения, а это культура общения, культура речи, речевой этикет, культуру деятельности, молодой человек сможет грамотно излагать свои мысли, легко входить в контакт с малознакомыми людьми, умело и вежливо выходить из затруднительных ситуаций.

Среди современной молодежи встречается хамское поведение, невоспитанность, отсутствие нравственности и уважения к старшему поколению, культура поведения молодежи находится на низком уровне. В настоящее время все большее внимание привлекают проблемы молодежного досуга и становится возможным говорить о возрастающей роли досуга для молодежи. К сожалению, в силу социально-экономических трудностей общества, отсутствия должного количества культурных учреждений и недостаточного внимания к организации досуга молодежи со стороны местных органов власти и культурно-досуговых учреждений, происходит развитие неформального молодежного досуга. Свободное время является одним из важных средств формирования личности молодого человека. Являясь частью свободного времени, досуг привлекает

молодежь его свободным и добровольным выбором его различных форм, демократичностью, эмоциональной окрашенностью, возможностью сочетать в не физическую и интеллектуальную деятельность, творческую и созерцательную, производственную и игровую. Для значительной части молодых людей социальные институты досуга являются ведущими сферами социально культурного становления индивидуальности и личностной самореализации. Однако все эти преимущества досуговой сферы деятельности пока еще не стали привычным образом жизни молодежи.

Практика молодежного досуга показывает, что наиболее привлекательными формами для молодежи являются музыка, танцы, игры, КВН, однако, не всегда культурно-досуговые центры строят свою работу, исходя из интересов молодых людей. Надо не только знать сегодняшние культурные запросы молодых, предвидеть их изменение, но и уметь быстро реагировать на них, суметь предложить новые формы и виды досуговых занятий. К другим особенностям молодежного досуга относится своеобразие среды его протекания. Подавляющее большинство молодых людей предпочитают проводить свободное время вне дома, в компании сверстников. Наконец, культура развития и функционирования соответствующих учреждений и предприятий: клубы, дворцы культуры, кинотеатры, стадионы, библиотеки и т.д. Многие зависят именно от них, от их умения предложить интересные формы отдыха, развлечений. Вместе с тем культура проведения свободного времени является результатом стараний самой личности, ее желания превратить досуг в средство приобретения не только новых впечатлений, но и знаний, умений, способностей. При решении проблемы культурного поведения молодежи, нужно усиливать роль этического воспитания, но самое главное – решать задачи воспитательного развлечения. В рамках художественной культуры необходимо формировать национальное самосознание. Необходима пропаганда, ориентированная на образ жизни, то есть одновременная реклама вещей, обычаев, привычек и соответствующих им идей и представлений, нравственности. Эта задача не может быть решена одномоментно, но, если мы хотим в будущем иметь великую нацию, приступать к решению нужно сейчас.

Нами была разработана анкета под названием «Досуг молодого поколения» и были опрошены студенты 1 и 3 курсов разных факультетов ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава России (всего 250). Результаты показали, что среди опрашиваемых студентов 30% с удовольствием принимают участие в университетских мероприятиях, 35% - любят быть в числе зрителей и лишь 6% опрашиваемых все это не интересно. Обычно студенты проводят свой досуг таким образом: 33% ответили, что за учебой, также 13% ответили, что проводят

свой досуг в спортивных залах, кино посещают 20%, проводят свой досуг, сидя в интернете – 16% опрошиваемых и лишь 5% - в ночных клубах.

Эффективность воспитательного воздействия социально-культурной деятельности на студенческую молодежь во многом зависит от выбора форм как важных приемов выражения содержания деятельности. Благодаря разнообразным формам и методам воздействия на личность социально-культурная деятельность способна изменить мировоззрение, поведение, развить инициативу, самостоятельность, активность, сформировать нравственные ценности, духовные потребности в социально-культурной деятельности и культурно-бытовой сфере.

Изучив воспитание культуры поведения у молодежи средствами культурно-досуговой деятельности, мы выявили одну из проблем, состоящую в том, что культура поведения молодежи находится на низком уровне, молодые люди не желают развиваться этически. Молодежь сегодняшнего дня имеет свою специфику в поведении, общении, это обусловлено ритмом жизни, сферой общения. Для полного понимания сложившегося положения с низким уровнем культуры поведения молодых людей, нам необходимо было изучить специфику их поведенческой характеристики. В результате молодой человек, обладающий творческой и интеллектуальной индивидуальностью, высоким уровнем культуры, моральных и нравственных норм становится способным к совершенствованию себя и внешнего мира. Для выявления роли культурно-досуговых учреждений в воспитании культуры поведения молодежи мы анализировали деятельность Сектора (отдела) воспитательной работы с несовершеннолетними и молодежью Министерства молодежной политики и спорта РБ и пришли к выводу о том, что молодежи уделяется достаточное внимание по организации ее досуга. Все мероприятия проводятся с целью воспитания культурной, всесторонне развитой молодежи, для формирования её жизненных ценностей. Однако специалисты данного Сектора своими формами и методами работы, какими бы качественными и разработанными они не являлись, не в силах решить проблему культуры поведения современной молодежи в одиночку. Сектор нуждается в поддержке всех подведомственных и образовательных учреждений и социально-культурных институтов и в совместных проектах с ними, которые будут создавать, формировать, развивать и сохранять ценности поведенческой культуры молодежи.

Заключение и выводы: В результате предпринятого исследования нами были сделаны следующие выводы о том, что необходимо усиливать роль этического воспитания; решать задачи воспитательного развлечения; сделать развлечение позитивной ценностью, источником общественного богатства; необходимо формировать национальное самосознание; необходима социологическая пропаганда, ориентированная на образ жизни,

то есть одновременная реклама вещей, обычаев, привычек и соответствующих им идей и представлений, нравственности.

Литература

1. Азарова, Р.Н. Досуг современной молодежи / Р.Н. Азарова //Внешкольник. - 2003. - № 10. - С. 19-21.
2. Арнольдов, А.И. Общество и культура: современный портрет / А. И. Арнольдов – М. : МГУКИ, 2007. – 112 с.
3. Левикова, С.И. Две модели динамики ценностей культуры: (на примере молодежной субкультуры) / С.И. Левикова // Вопросы философии. - 2006.- № 4. - С. 71-79.
4. Манько, Ю. В. Социология молодежи / Ю. В. Манько - СПб, 2008. - 315 с.
5. Назаркина, З.М. Формирование социокультурных ценностей молодежи в процессе взаимодействия учреждений культурно-досуговой сферы и средств массовой информации: автореф. дис. канд. пед. наук / З.М. Назаркина; [Тамб. гос. ун-т им. Г. Р. Державина]. – Тамбов, 2006. – 25 с.
6. Петров, В. Копируем худшее / В. Петров // Российская Федерация сегодня. – 2006. - №10. – С. 44.
7. Чередниченко, Г. А. Молодежь России: социальные ориентации и жизненные пути: (опыт социологического исследования) / Г. А.. Чередниченко. - СПб., 2004. – 503 с.

УДК 179.7

Л. В. Шмелёва

ПРАВО НА ЖИЗНЬ И ПРАВО НА СМЕРТЬ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Проведено исследование, в котором я максимально постаралась показать морально-правовое отношение к эвтаназии, к жизни и смерти в тяжелых кризисных условиях жизнедеятельности людей, а также разрешить дилемму между мученической жизнью и легкой смертью.

Ключевые слова: эвтаназия, гуманизм, неизлечимые болезни.

L. V. Shmeleva

THE RIGHT TO LIFE AND RIGHT TO DEATH

Department of philosophy and social and humanitarian disciplines with a course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Research in which I have as much as possible tried to show moral legal relations to euthanasia, to life and death in severe crisis conditions of activity of people is conducted, and also to resolve a dilemma between martyr life and easy death.

Keywords: euthanasia, humanism, incurable diseases.

Актуальность: Естественность нашего существования заключается в том, что жизнь и смерть поочередно сменяют друг друга. Каждый человек хоть раз в своей жизни должен будет «сыграть в ящик», ведь неслучайна цитата, что жить – значит умирать. Несмотря на неисчисляемое количество диагнозов по всему миру желательно, чтобы смерть посетила человека как можно позднее и максимально безболезненно с сохранением жизненных функций. Именно поэтому проблема эвтаназии бесспорно останется актуальной еще многие времена.

Цель исследования: обратить внимание медицины на необходимость по-новому решать проблемы сохранения первозданной жизни, сбережения здоровья, борьбы с болезнями и гуманного отношения к умирающим людям – от старости или вследствие неизлечимых болезней.

Материалы и методы: Тема смерти и отношение людей к эвтаназии не новы. Смерть рассматривается скорее как природное явление, придающее динамику и ценность человеческой жизни. Врят ли можно найти гуманность в прерывании жизни ради научного

интереса. В критических же, нестандартных ситуациях ответ на вопрос о жизни и смерти не является очевидным, хоть эвтаназия противоречит принципам Гиппократу. Эвтаназия лишь помогает облегчить муки больного, уменьшая срок прижизненных страданий. И в современных условиях существуют хосписы, больницы для умирающих, которых мучают боли, обездвиженность и другие последствия неизлечимых заболеваний, где назначают неплохие обезболивающие препараты, но морально – это тяжело. Если говорить тезисами, то можно ли почувствовать вкус к жизни, когда у тебя отняли все столовые приборы? Ведь нет ощущения жизни во всех ее прелестях и красках, если тело живет, а мозг и «дух» - нет. Нет тогда полноценной жизни.

Результаты и обсуждение: Несмотря на то, что эвтаназия запрещена во многих странах, большинство людей видят в ней своё спасение, в котором заложена последняя надежда распрощаться с болезненными страданиями. Так, известный психоаналитик Зигмунд Фрейд из-за неизлечимой формы рака нёба пережил 19 операций по удалению опухолей под местной анестезией, что и подтолкнуло его согласиться на «лёгкую смерть». Эвтаназия была совершена в его лондонском доме 23 сентября 1939 года с помощью доктора Шура.

Также громкий случай эвтаназии произошёл с Мари Юмбер в 2003 году, сын которой после автомобильной аварии ослеп, онемел и был полностью парализован. Чувствуя безысходность его положения, несчастная женщина с согласия мужа и двух сыновей решила ввести мальчику крупную дозу снотворного, чтобы облегчить мучения больного сына. После чего суд обвинил мать в убийстве, однако спустя два года оправдал её.

Не менее известный случай произошёл в Чили с четырнадцатилетней девушкой, страдающей неизлечимым муковисцидозом. Валентина Мореира опубликовала видеобращение на своей странице в Facebook, где умоляла о встрече с президентом Чили, которая смогла бы санкционировать инъекции, что позволит девушке, по её же словам, «уснуть навсегда».

Заключение и выводы: Таким образом, эвтаназия – это добровольный выбор человека, выбор между ускоренной и лёгкой смертью или же долгим умиранием, закреплённым агонией и психологическими переживаниями. Ведь иногда смерть может, наоборот, способствовать жизни больного, как бы парадоксально это не звучало. Смерть – это продолжение жизни, а избавление от мучений – и есть возвращение к жизни, к жизни после смерти...

Литература

1) От этики до биоэтики: учебник для вузов/ Ю. М. Хрусталёв. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 446 с.

2) <http://newsland.com/user/4296727696/content/evtanazii>

3) <http://kudabra.ru/life/8-samyx-spornyx-sluchaev-evtan>

4) <http://i-fakt.ru/interesnye-fakty-ob-evtanazii/>

УДК 172.2

А.Р. Юнусов

КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной статье рассмотрен культурологический аспект проблемы клонирования. На основе проведенного исследования автором, выявлены причины легализации клонирования в ведущих странах мира.

Ключевые слова: культурологические проблемы, клонирование, биоэтика, легализация.

A.R. Yunusov

CULTUROLOGICAL ASPECT OF THE PROBLEM OF

The Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: in this article the culturological aspect of the problem of cloning. On the basis of the conducted research the author identified the cause of legalization of cloning in the leading countries of the world.

Keywords: cultural, issues, cloning, bioethics, legalization.

Актуальность. Клонирование является наиболее радикальным методом в генной инженерии, и, как следствие, наиболее философски и биоэтически острой, спорной темой в сфере научных достижений культуры человечества.

Цель. В данной работы мы выясним культурологические аспекты запрета и легализации клонирования в развитых странах.

Методы исследования. При рассмотрении проблемы культурологического аспекта клонирования в работе был применен социально-философский анализ.

Результаты и обсуждения. С давних времен человечество интересовалось клонированием. Факты об этом отражены во многих литературных произведениях и кинофильмах. (Клонирование - это точное воспроизведение какого-либо организма. Клонирование человека же представляет собой создание эмбриона и продолжительное выращивание из него людей, которые имеют генотип, уже существовавшего индивида. Результатом клонирования является «клон».) [1]

Несмотря на то, что клонирование является естественным процессом у некоторых организмов, таких как броненосцы, тополя и огненных муравьев [11], его можно применить

и к человеку. У клонирования есть два назначения [2]: репродуктивное и терапевтическое. При репродуктивном клонировании клон получает имя, воспитание, образование и приравнивается к обычному человеку. Такое клонирование вызывает множество споров с юридической, этической и религиозной стороны и является одним из самых спорных проблем биоэтики. При клиническом клонировании развитие эмбриона длится не более 14 дней, после чего его используют как донора стволовых клеток. Существует опасность того, что клиническое клонирование может перерасти в репродуктивное, но, тем не менее, такое клонирование разрешено в США, Великобритании и Южной Корее.

Почему в каких-то странах клонирование разрешено, а в каких-то уголовно наказуемо?

Этой проблемой озабочены, в основном, развитые страны. И самым яростным противником любых видов клонирования является Германия. Связано это с тем, что немцы уже сталкивались с неэтическими экспериментами над людьми во времена нацистской Германии. В связи с этим, был принят Федеральный закон ФРГ о защите эмбрионов 1990 г. [3], который называет преступлением создание генетически идентичного эмбриона от живого или уже мертвого лица.

Уголовная ответственность за клонирование введена в таких странах, как: Испания, Дания, Италия, Нидерланды, Швеция, Франция и Бельгия. [10]

Россия приняла решение ввести мораторий на клонирование ещё в 2002 году. [8] Причиной этого могло послужить несовершенство технологии клонирования и опасные последствия в случае неудачи. Также большую роль играет высокая концентрация религиозного населения на территории России. По данным всероссийского опроса под названием «Атлас религий и национальностей» 2012 года, доля религиозного населения в стране составляла 87%. [6] Представители духовенства выразили резко отрицательное отношение к клонированию, ведь с религиозной стороны клонирование выходит за рамки вероучения, будучи противоестественным способом создания жизни с точки зрения религии.

В Великобритании начиная с 2000 года разрешено клонирование в клинических целях. [5]. Таким изменениям поспособствовало несколько факторов. Эта страна имеет передовые технологии и реальные достижения в развитии генной инженерии, и повлекло то, что множество учёных стали выступать в поддержку разрешения клонирования. Решающим фактором стал доклад профессора Л. Дональдсона «Исследование стволовых клеток: медицинский прогресс и ответственность», который был подготовлен специально для правительства, в котором говорилось о колоссальных возможностях в лечении неизлечимых болезней и регенерация органов и тканей.

С приходом нового президента Барак Обама в США были разрешены эксперименты клонирования в клинических целях и финансирование таких экспериментов. [7]

В 2002 году в Южной Корее был наложен глобальный запрет на любые эксперименты в области клонирования. Тот, кто нарушал этот запрет, приговаривали к 10 годам лишения свободы. Ученые страны резко выступили против данного закона, посчитав, что исследование в области клонирования и стволовых клеток могло бы помочь в излечении таких недугов, как болезнь Паркинсона, диабет и прочих неизлечимых болезнях. В 2005 году вышел «закон о биоэтике», в котором запрещалось терапевтическое и репродуктивное клонирование. Но этот же закон предусматривал исключение для научных исследований, которые были направлены на поиски лечения тяжелых заболеваний. [9], [4] Для этого, нужно получить специальный допуск от президента биоэтической ассоциации. В настоящее время рассматриваются еще несколько проектов о клонировании человека.

Выводы. Подводя итог, можно сделать вывод, что страны, в которых клонирование легализовано, объединяет высокий уровень жизни, высокая развитость науки в сфере генной инженерии, более лояльное отношение к данной проблеме со стороны правительства и стремление к излечению таких тяжелых заболеваний, как Альцгеймер, Паркинсона, сахарный диабет и т.д. Также немалую роль играет отсутствие конкурентов на рынке клонирования, что дает большую перспективу финансовой прибыли в сфере терапевтического клонирования в будущем. Страны, в которых клонирование запрещено законом, тоже имеют некоторое сходство. Например, в этих уделяется большое внимание защите прав человека, что нередко противопоставляется с клонированием. Высокий уровень религиозности в этих странах также не позволяет ввести легализацию клонирования.

Литература

1. Корочкин Л.Н. Клонирование. – «Век-2», 2006. – 4 с.
2. Дягтерев Н.Д. Клонирование: правда и вымысел. – Монография 2002. – 64 с.
3. Романовский Г.Б. Биомедицинское право в России и за рубежом. – Проспект 2015. – 211 с.
4. Radio Korea International
5. «UK must ban embryo cloning», Financial Times, 8.09.2000.
6. Арена. Атлас религий и национальностей России. [Электронный ресурс]. URL: <http://sreda.org/arena> (дата обращения: 04.03. 2016).
7. Обама разрешил эксперименты над эмбрионом человека. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=261294&cid=1> (дата обращения: 17.03. 2016).

8. Федеральный закон от 20 мая 2002 г. N 54-ФЗ "О временном запрете на клонирование человека". [Электронный ресурс]. URL: <http://rg.ru/2002/05/20/klonirovanie-dok.html> (дата обращения: 11.03. 2016).

9. ЮК разрешила клонирование в научных целях борьбы с редкими заболеваниями. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.koreana.ru/?pg=2&id=2825&type=7&page=2125> (дата обращения: 14.03. 2016).

10. Database of Global Policies on Human Cloning and Germ-line engineering. [Электронный ресурс]. URL: <http://web.archive.org/web/20061014093243/http://www.glphr.org/genetic/genetic.htm> (дата обращения: 09.03. 2016).

Wasmannia auropunctata. [Электронный ресурс]. URL: http://science.compulenta.ru/189681/Wasmannia_auropunctata (дата обращения: 05.03.

ОБЩЕМЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ

УДК 618.15-002-022.7-008.8-078

K.V. Khloпова, A.K. Shayakhmetova, V.R. Fakhretdinova

CORRELATION OF CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF BACTERIAL VAGINOSIS

Department of fundamental and applied microbiology

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Resume. In the research we established, that Leptotrichia amnionii u Eggerthella spp. significantly associated with each of the four Amsel's criteria. While Atopobium vaginae and Sneathia sanguinegens were each associated with three Amsel's criteria. As a result, we explained correlation BV-associated microorganisms with Amsel's clinical criteria, the importance and functions in formation of the main clinical presentation of BV.

Key words: bacterial vaginosis, BV-associated microorganisms, vaginal flora, clinical diagnostic criteria.

К.В. Хлопова, А.К. Шаяхметова, В.Р. Фахретдинова

СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Кафедра фундаментальной и прикладной микробиологии

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В проведенном исследовании установлено, что Leptotrichia amnionii u Eggerthella spp. в значительной степени ассоциированы со всеми четырьмя клиническими критериями R. Amsel. В то время как Atopobium vaginae u Sneathia sanguinegens связаны только с тремя критериями R. Amsel. Таким образом, установлена связь БВ-ассоциированных микроорганизмов с клиническими критериями R. Amsel, а также значимость и функции в формировании основных клинических проявлений БВ.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, БВ - ассоциированные микроорганизмы, микрофлора влагалища, клинко-диагностические критерии.

Timeliness. Bacterial vaginosis (BV) is one of the most common causes of lowering of life quality among women of different age. And opinions on etiology, diagnosis and treatment of this disease vary too. The only generally recognized knowledge is that BV is connected with quantitative and qualitative changes of vaginal microbiota. So early detection of such changes and

characterizing their properties have practical and prognostic meaning. One of the most common ways of provisional screening diagnostic of BV is clinical differentiation of BV in accordance with criteria introduced by R. Amsel (1983) having 3 of 4 symptoms: fluid white-grey fluor, pH > 4,5, the smell of «fish» with a positive «amine» test and the presence of «key cells» in a microslide colored by Gram's staining or methylene blue staining [1,3]. On today's day there are several researches where the problem of BV is seen from the clinical point of view, which is significant for a gynecologist, and also from the view of microbiology, where the variety of vaginal microflora with the BV disease is described (including the PCR method) [2,4,5]. But there is little information about the connection between individual bacterial forms and the clinical picture of BV. At the same time, different bacteria or groups of bacteria may be connected with each of studied criteria of BV, what may partly explain the complexity of this polymicrobial state. Lack of theoretical and practical data on detecting this kind of connections leads us to the point that the question of etiological role of different microorganisms in BV forming remains open.

Goal of research. Detection of connection between microorganisms associated with BV and clinical diagnostic of bacterial vaginosis.

Materials and methods. The study involved 345 woman of reproductive age (from 16 to 53 years; average age – 33-34 years), who enquired with ambulatory gynecological help to specialized unit of Verhneyarkeyevsky CDH and OOO «Medservice» in Ilishevsky region of RB in 2013-2015 years. The research was done with registration of the data of obstretic-gynecologic anamnesis and complaints. BV diagnosis was determined using the criteria of R. Amsel, such as fluid white-grey fluors, pH > 4,5, the smell of fish while adding a 10% preparation of KOH, and further confirmation with a microscopic method using methylene blue staining (the 'key cells') [1,2]. Extracting of DNA of *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia amnionii*, *Sneathia sanguinegens*, *Eggethella spp.*, *Gardnerella vaginalis* and *Lactobacillus spp.* was made using the PCR method with the help of own pairs of primers and detection of amplification products in agarose gel. Statistical analysis was carried out using application program package Statistica for Windows. For determining the character and the strength of correlations Pearsons' coefficient of mutual contingence was applied.

Results and discussion. The research of correlation of different bacteria with R. Amsel's clinical criteria was done according to the analysis of only the main group of women (124 women) with a confirmed BV diagnosis. The statistics analysis, which was made, allowed investigating correlations between BV-associated microorganisms and R. Amsel's criteria. In particular, it was shown that the presence of one of the most informative criteria of BV – the «key» cells in a microslide – correlated with detection of all investigated kinds of BV-associated bacteria:

Atopobium vaginae ($r=0,338$), *Leptotrichia amnionii* ($r=0,345$), *Sneathia sanguinegens* ($r=0,312$), *Eggethella spp.* ($r=0,303$) and *Gardnerella vaginalis* ($r=0,387$). However, these correlations were characterized as ones of «medium» strength. The alkalization of vaginal secretion of women with a BV diagnosis ($\text{pH} > 4,5$) was strongly correlated to the presence of *Leptotrichia amnionii*, *Sneathia sanguinegens*, *Eggethella spp.* and *Gardnerella vaginalis*, but not *Atopobium vaginae* ($r=0,116$). The educed connection was stronger respective to *Leptotrichia amnionii* and *Gardnerella vaginalis* ($r=0,789$). Positive «amine» test mostly determined the presence of *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia amnionii* and *Eggethella spp.*, but not *Sneathia sanguinegens* ($r=0,003$). The most significant for the stated R. Amsel's criteria were only 2 of 4 species of BV-associated microorganisms, which were investigated in this research. They are *Leptotrichia amnionii* ($r=0,614$) and *Eggethella spp.* ($r=0,819$). The presence of homogenous fluor within the inspected women with BV correlated with the detection of all investigated BV-associated microorganisms: *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia amnionii*, *Sneathia sanguinegens*, *Eggethella spp.* and *Gardnerella vaginalis*. However, these correlations were again characterized as ones of «medium» strength. Most correlated were the inverse relationships between detection of all R. Amsel's criteria and the presence of *Lactobacillus spp.* in vaginal secretion («key» cells – $r=0,907$; $\text{pH} > 4,5$ – $r=-0,985$; positive 'amine' test – $r=-0,719$; profluvium – $r=-0,625$). Thus, the represented data testifies about different roles of individual kinds of BV-associated microorganisms. This may be crucial both to the optimization of laboratory diagnostics of bacterial vaginosis and to the selection of effective antibacterial drugs, which are orientated to more etiological significant for the stated clinical syndromes bacteria species.

The analysis of microslides coloured by methylene blue staining indicates that the stated BV-associated microorganisms can form a biofilm on vaginal mucous membrane. What is more, microorganisms located in the depth of such biofilms appear to be protected from the influence of the acid environment of a vagina, immune factors and antibodies, they are also immune to antibiotics and keep viable even after the impact of concentrations that exceed 500-1000 times their therapeutic dose. Therefore, given microorganisms can remain alive even after treatment and, despite clinical convalescence, resume their activity after the influence of negative endo- and exogenous factors, which disturb normal conditions of the state of vaginal microflora (acid values of pH, dominating microflora lactobacteria). Everything said above allows us to make a conclusion that the presence of such biofilm and BV-associated microorganisms in it contribute to development of recrudescence forms of bacterial vaginosis. Moreover, detecting «key» cells according to laboratory research (on the assumption of the strong inverse relationship with *Lactobacillus spp.*) is

an appreciable basement for including probiotic drugs with mentioned microorganisms in the scheme of local treatment.

According to the data we have received such R. Amsel criteria as alkalization of vaginal environment (pH > 4,5) correlated mostly with mostly two species of BV-associated bacteria: *Leptotrichia amnionii* and *Gardnerella vaginalis*. However, it was shown earlier that stated is not connected with etiological significance of *Gardnerella vaginalis*, but based on lowered adaptive capability to acid reaction of the environment of these bacteria, which is genetically determined. At the same time, *Leptotrichia amnionii* is considered by many authors to be etiological significant not only under bacterial vaginosis, but also under early puerperal endometritis and antenatal fetal death, puerperal infectious complication and premature birth. In this case diagnostically significant changes of pH (more than 4,5) assume the presence of *Leptotrichia amnionii*, which may be used in development of effective medicament schemes.

It is known that the appearance of «fish» smell after the «amine» test happens because of the changing of composition of organic acids in vaginal fluor and the rise of organic amines' level (putrescine, cadaverine, triethylamine, etc.) in the reaction of decarboxylation of amino acids, which is carried out by anaerobic bacteria. Organic amines, which are responsible for appearance of such smell, may be the products of *Leptotrichia amnionii*'s and *Eggethella spp.*'s metabolism, and these bacteria are candidates to producing the mentioned compounds.

Among examined species of BV-associated bacteria only two of them - *Leptotrichia amnionii* and *Eggethella spp.* – best correlated (strong and medium connection) with all R. Amsel criteria. Therefore, their detection and/or determination of quantitative lowering of their content in vaginal fluor, which includes using PCR, may work as a positive control of the health condition.

Conclusions. *Leptotrichia amnionii* and *Eggethella spp.* considerably associated with all four clinical criteris of R. Amsel. At the same time, *Atopobium vaginae* and *Sneathia sanguinegens* are correlated only with three R. Amsel's criteria. Thus, in this research is shown the connection between BV-associated bacteria and clinical criteria, and also a possible contribution of their metabolic characteristics to forming of clinical picture of bacterial vaginosis.

References

1. Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A., Chen K.S. et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic association. Am J Med. 1983; 74: 14–22.
2. Datcu R. Characterization of the vaginal microflora in health and disease. Dan Med J. 61(4):2014.

3. Mavzutov A.R., Tsvetkova A.V., Nuretdinova L.A. About unification of laboratory criteria of differentiation of bacterial vaginosis. *Clinical Laboratory Diagnostic*. 2015; 60(6): 41-45.

4. Shipitsyna E., Roos A., Datcu R., Hallén A., Fredlund H., Jensen J. S., Engstrand L., Unemo M. Composition of the Vaginal Microbiota in Women of Reproductive Age – Sensitive and Specific Molecular Diagnosis of Bacterial Vaginosis Is Possible? *PLoS ONE* 8(4): 2013.

5. Tsvetkova A.V., Murtazina Z.A., Markusheva T.V., Mavzutov A.R. The comparative analysis of information value of main clinical criteria used to diagnose of bacterial vaginosis. *Clinical Laboratory Diagnostic*. 2015; 60(5): 41-44.

УДК 76.03.39

D. D. Asadullina, K. I. Enikeeva, A. R. Yarochkina

A LARGE ROLE OF SMALL TELOMERES

The Bashkir state medical university, Ufa

Department of foreign languages with Latin course

Abstract. Scientists have asked a question for a long time: "How cancer begins to develop?". There is a set of proofs of communication of length a telomere with biological age and predisposition to various diseases, including cancer, a stroke, diabetes, cardiovascular diseases. I.e., the telomeres in cages are longer, the risk of emergence of one of these dangerous diseases, first of all is less than cancer, and the longevity potential is more. In this regard even the test is developed for a health potential assessment on length a telomere. Therefore this subject is very actual presently because cancer - main "murderer" of the population of Earth, "plague of 21 centuries". The scary diagnosis - cancer is heard by about 14 million patients a year. Almost every fifth dies from cancer because the illness has been found already in an incurable stage. We will open in our work one of ways of the prevention of cancer new growths which can prevent their distribution and keep the future of our children.

Keywords. Telomeres, malignant tumors, aging, chromosome, a predisposition, studies

Асадуллина Д. Д., Еникеева К. И., Ярочкина А. Р.

БОЛЬШАЯ РОЛЬ МАЛЕНЬКИХ ТЕЛОМЕР

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка

Резюме. Учёные уже давно задались вопросом: "Как начинает развиваться рак?". Существует множество доказательств связи длины теломер с биологическим возрастом и предрасположенностью к разнообразным заболеваниям, включая рак, инсульт, диабет, сердечно-сосудистые заболевания. Т.е., чем длиннее теломеры в клетках, тем меньше риск возникновения одного из этих опасных заболеваний, в первую очередь рака, и тем больше потенциал долголетия. В связи с этим даже разработан тест для оценки потенциала здоровья по длине теломер. Поэтому данная тема очень актуальна в наше время, потому что рак - главный "убийца" населения Земли, "чума 21 века". Страшный диагноз - рак слышат около 14 миллионов больных в год. Почти каждый пятый умирает от рака, потому что болезнь была обнаружена уже в неизлечимой стадии. Мы раскроем в нашей работе один из способов предупреждения раковых новообразований, который может предотвратить их распространение и сохранить будущее наших детей.

Ключевые слова. Теломеры, злокачественные опухоли, старение, хромосомы, исследования, предрасположенность.

Relevance: Telomeres, the DNA–protein structures located at the ends of chromosomes, have been proposed to act as a biomarker of aging. In this review, the human evidence that telomere length is a biomarker of aging is evaluated. Although telomere length is implicated in cellular aging, the evidence suggesting telomere length is a biomarker of aging in humans is equivocal. More studies examining the relationships between telomere length and mortality and with measures that decline with “normal” aging in community samples are required. These studies would benefit from longitudinal measures of both telomere length and aging-related parameters.

Purpose of the study: The aim of our study was a detailed analysis of this problem, search for research and opinions of authoritative scientists who will help us to understand as much as possible to anticipate the development of certain diseases

Materials and methods: Published human studies in English were searched using the following databases: PubMed, Web of Science, and Scopus. Various combinations of the following keywords were used as search criteria: telomere*, biomarker (aging or aging), function, cogn*, mortality, lifespan, survival. Studies were included if they used a representative population sample and had a sample size of 100 or more. Conference proceedings were excluded.

Results and discussion. Telomere length does not fully meet American Federation of Aging Research criteria that telomere length is a better predictor of life span than chronological age and that it monitors a basic process underlying normal aging at the population level . Mortality studies are few, and outcomes may be biased in older cohorts because of survivor effects. Fewer studies have assessed the relationship between telomere length and age-sensitive measures of function that decline with normal aging in human population studies. On the other hand, the evidence does suggest that telomere length fulfills the biomarker criterion that the samples generally used for telomere length estimation (peripheral blood) can be taken repeatedly with minimal harm . It should be noted, however, that the use of blood samples is only valid if telomere length estimated in peripheral leukocytes is the appropriate measure for the phenotype investigated.

For a start we will understand what is telomeres. Russian theorist Alexei Olovnikov was the first to recognize (1971) the problem of how chromosomes could replicate right to the tip, as such was impossible with replication in a 5' to 3' direction. Olovnikov suggested that DNA sequences would be lost in every replicative phase until they reached a critical level, at which point cell division would stop. If cells divided without telomeres, they would lose the ends of their chromosomes, and the necessary information they contain. The telomere shortening mechanism

normally limits cells to a fixed number of divisions, and animal studies suggest that this is responsible for aging on the cellular level and sets a limit on lifespans. Telomeres protect a cell's chromosomes from fusing with each other or rearranging—abnormalities which can lead to cancer—and so cells are normally destroyed when their telomeres are consumed. Most tissues and organs in humans show substantial telomere shortening during ageing process, including peripheral blood cells, vascular endothelial cells, hepatocytes, kidney epithelium, muscle cells and many others. The rate of telomere shortening with age is different between men and women, and can be influenced by different factors that accelerate aging and the risk of premature death by negatively affecting telomere length – most notably stress, smoking, lack of exercise, obesity and socioeconomic status. Studies have shown that elevated risk from cardiovascular diseases is linked to the high rate of telomere attrition, and telomere length alone is considered an independent risk predictor for stroke and myocardial infarction. In addition, endothelial cells associated with the atherosclerotic plaque have shorter telomeres in comparison to endothelial cells from subjects without coronary artery disease. It is found also out that on the basis of the analysis of telomeres in blood it is possible to predict a malignant inflammation. On it telomeres are called also "telobiomarkers". A distinct pattern of changes in blood telomeres appears to predict cancer years before diagnosis. This was the result of a new study believed to be the first to follow what happens to the protective ends of DNA strands over time in people who go on to develop cancer. For study, the researchers measured telomere length several times over a 13-year period in 792 people. One hundred and thirty-five of the participants eventually developed various cancers, including leukemia, and prostate, skin and lung cancer. The telomeres of the participants who were later diagnosed with cancer aged much faster - that is they shortened more rapidly - in the first few years. In the participants who developed cancer, the telomeres looked as much as 15 years older than those of the participants who did not develop cancer. But what was surprising was that the accelerated aging stopped 3-4 years before cancer diagnosis. Telomeres shorten every time a cell divides, which is why they get progressively shorter as we age. If the telomeres of a cell become too short, they can cause the cell to become faulty, and normally the cell self-destructs.

Conclusions. We repeat concluded his report: the discovery and study of telomeres plays an essential role in modern medicine, defining human aging and predisposition to cancer. Also, it is important for researchers to introduce the use of telomerase, telomere shortening conducive lock, for a therapeutic purpose. In addition, it is necessary to use knowledge of this phenomena as a preventive measure to prevent cancer and the rapid development of aging. This means that the above studies give hope for humanity and a real opportunity to identify and eliminate diseases that are considered incurable in the modern world.

Literature:

1. Barzilai, N., I. Gabriely, G. Atzmon, et al. (2010). Genetic studies reveal the role of the endocrine and metabolic systems in aging. *J ClinEndocrinolMetab* Vol. 95, No. 10, (Oct 2010), pp. 4493-4500, 1945-7197 (Electronic) 0021-972X (Linking).
2. Benetos, A., K. Okuda, M. Lajemi, et al. (2001). Telomere Length as an indicator of biological aging: the gender effect and relation with pulse pressure and pulse wave velocity. *Hypertension* Vol. 37, No. 2 Part 2, (Feb 2001), pp. 381-385, Blasco, M. A. (2007). The epigenetic regulation of mammalian telomeres. *NatRevGenet* Vol. 8, No. 4, (Apr 2007), pp. 299-309, 1471-0056 (Print) 1471-0056 (Linking).
3. Guan, J. Z., T. Maeda, M. Sugano, et al. (2007). Change in the Telomere Length distribution with age in the Japanese population. *MolCellBiochem* Vol. 304, No. 1-2, (Oct 2007), pp. 353-360, 0300-8177 (Print) 0300-8177 (Linking).
4. Jaskelioff, M., F. L. Muller, J. H. Paik, et al. (2011). Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice. *Nature* Vol. 469, No. 7328, (Jan 6 2011), pp. 102-106, 1476-4687 (Electronic) 0028-0836 (Linking).
5. Slagboom, P. E., S. Droog & D. I. Boomsma (1994). Genetic determination of telomere size in humans: a twin study of three age groups. *Am J HumGenet* Vol. 55, No. 5, (Nov 1994), pp. 876-882,
6. Tang, N. L., J. Woo, E. W. Suen, et al. (2010). The effect of Telomere Length, a marker of biological aging, on bone mineral density in elderly population. *OsteoporosInt* Vol. 21, No. 1, (Jan 2010), pp. 89-97, 1433-2965 (Electronic) 0937-941X (Linking).
7. Thomas, P., O. C. NJ & M. Fenech (2008). Telomere Length in white blood cells, buccal cells and brain tissue and its variation with ageing and Alzheimer's disease. *MechAgeingDev* Vol. 129, No. 4, (Apr 2008), pp. 183-190, 0047-6374 (Print) 0047-6374 (Linking).

ЦИФРОВЫЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ.

УДК 572.517

**М.О. Баталова, К.Р. Асанбаева, Э.В. Сафина, Н.Р. Сафарова, А.Е. Стрижков
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПОРТСМЕНОВ-ЕДИНОБОРЦЕВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Кафедра анатомии, Башкирский государственный медицинский университет,
г.Уфа**

Резюме: Исследование проводилось с целью выявления морфологических и функциональных особенностей спортсменов борцов юношеского возраста. У спортсменов имеются существенные отличия морфологических и функциональных признаков от лиц, не занимающихся борьбой. Это объясняется, во-первых, влиянием длительных тренировок, во-вторых, естественным отбором лиц определенного телосложения и функционального стереотипа, соответствующего соматотипу спортсмена-единоборца.

Ключевые слова: морфо-функциональные показатели, соматометрия, борьба, юношеский возраст

**M. O. Batalova, K.R. Asanbayeva, E.V. Safina, N. R. Safarova, A.E. Strizhkov
FEATURES OF MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL INDICATORS OF
ATHLETES MARTIAL ARTISTS OF YOUTHFUL AGE**

Department of anatomy, Bashkort medical university, Ufa

Abstract: Research was conducted for the purpose of detection of morphological and functional features of athletes of fighters of youthful age. Athletes have essential differences of morphological and functional features from the persons who aren't engaged in fight. It is explained, first, by influence of long trainings, secondly, natural selection of persons of the certain constitution and functional stereotype corresponding to the athlete martial artist's somatotip.

Keywords: morpho-functional indicators, somatometry, fight, youthful age

Актуальность: Морфо-функциональный статус спортсменов разного пола существенно влияет на их спортивные результаты (Мартиросов Э.Г., 1982; Година Е.З., 2008). В связи с этим представляет большой интерес выявление особенностей этого влияния у спортсменов разных видов спорта и пола. Известны единичные работы по установлению взаимосвязи антропометрических показателей с уровнем спортивного мастерства высококвалифицированных и начинающих дзюдоистов (Крючков А.С., 2007; Jadiello W.,

2003, 2004). Однако данных по особенностям морфофункциональных параметров спортсменов единоборцев в юношеском возрасте нет, что определяет актуальность настоящего исследования.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей морфологических и функциональных показателей спортсменов-единоборцев в юношеском возрасте. Для достижения поставленной цели решались задачи:

1. Определение морфометрических параметров спортсменов-единоборцев, имеющих высокую спортивную квалификацию (1 спортивный разряд, КМС, МС), начинающих спортсменов и не занимающихся спортом.

2. Определение функциональных показателей спортсменов-единоборцев, имеющих высокую спортивную квалификацию (1 спортивный разряд, КМС, МС), начинающих спортсменов и не занимающихся спортом.

Материал и методы исследования.

Объектом исследования служили юноши и девушки спортсмены, занимающиеся дзюдо и самбо в возрасте 16 - 22 лет и имеющие высокую спортивную квалификацию (1 спортивный разряд, КМС, МС), занимающихся в секциях вузов и спортивных клубов Республики Башкортостан - опытная группа. В качестве контроля служили студенты младших курсов БГМУ и БГАУ (таблица 1).

Таблица 1.

Общие сведения о спортсменах-единоборцах юношеского возраста

	Мужчины			Женщины	
	Спортсмены	Начинающие	Контроль	Спортсменки	Контроль
Количество наблюдений	65	45	130	35	100
Возраст	19,4±0,4	15,5±0,3	18,4±0,3	20,5±1,0	19,0±0,3
Сколько детей в семье	2,3±0,2	1,7±0,3	2±0,2	2,5±0,3	1,9±0,2
Каким по счету родился	1,9±0,1	1,5±0,3	1,7±0,2	2±0,1	1,4±0,2

Для оценки морфологического статуса спортсменов применялись стандартные и оригинальные соматоскопические (по 25 параметрам) и соматометрические (по 100 параметрам) методы исследования (рис. 1). Функциональное состояние оценивалось стандартными функциональными пробами (рис. 2) и тестами, оценивающими общий физический уровень подготовки спортсмена (бег, плавание, подтягивание, жим штанги и гири и т.п.).

Полученные количественные данные обрабатывались стандартными методами вариационной статистики с использованием пакета Анализ данных MSExcel 2003.



Рис. 1. Морфометрическое исследование: измерения толщины кожной складки на животе, спине, бедре.

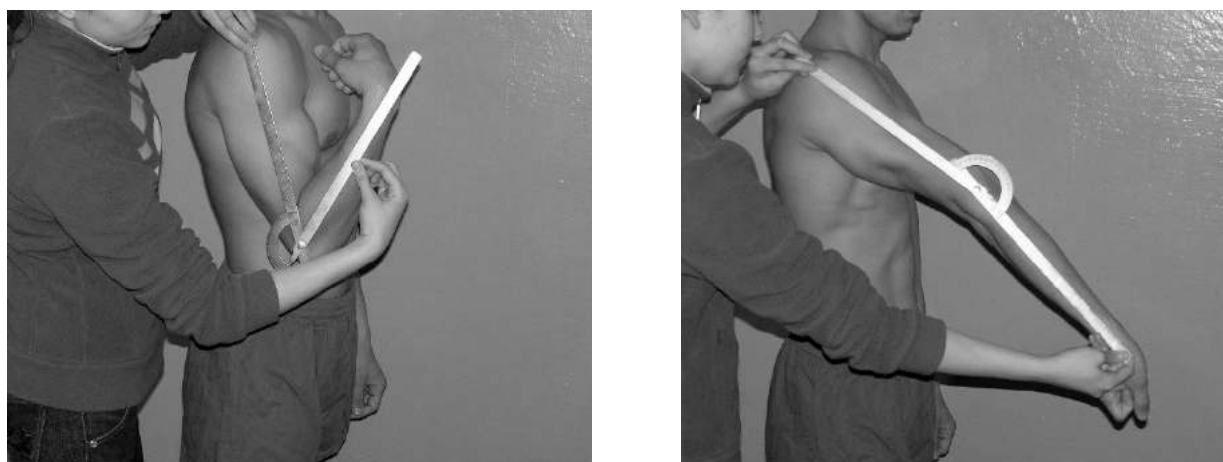


Рис. 2. Определение активной подвижности в локтевом суставе.



Рис. 3. Крайние типы телосложения юношей и девушек.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты морфометрии представлены в таблице 2.

Анализ данных показал, что во всех группах встречались юноши и девушки разного типа телосложения (рис.3). Данные функциональных проб приведены в таблице 3.

Таблица 2

Основные морфологические показатели спортсменов единоборцев

	Мужчины			Женщины	
	Спортсмены	Начинающие	Контроль	Спортсменки	Контроль
Масса тела	75,3±2,6	60,3±3,8	67,4±1,8	71,4±9,5	58,7±2,0
Верхушечная (мм)	1741,3±10, 7	1745,0±17, 7	1770,8±17	1688,8±44, 9	1716,1±30,6
Эпигастральный угол	99,2±1,9	86,8±1,7	78,8±3,5	101,3±5,9	83,9±5,6
Ширина плеч (мм)	433,1±4,3	420,0±11,0	394,7±4,8	403,8±12,8	377,8±11,4
Ширина груди (4 ребро) (мм)	291,6±5,6	271,0±8,4	260,0±3,5	288,8±15,3	246,1±4,4
Толщина груди (4 ребро) (мм)	208,6±6,1	179,0±9,0	176,1±5,5	193,3±15,9	168,9±5,9
Ширина таза (d. cristarum) (мм)	286,1±4,7	278,0±7,3	262,9±4,6	310,0±23,5	271,1±7,9
Толщина таза (мм)	207,0±3,7	190,0±4,2	191,6±8,4	210,0±16,8	191,1±4,1
Ширина талии (мм)	265,3±4,2	249,0±5,6	243,7±3,8	256,3±17,2	228,9±3,8
Толщина талии (мм)	187,0±5,6	160,0±4,5	167,4±2,5	175,0±16,6	157,8±3,7
Обхват Груды на ур 4 ребра (мм)	990,5±16,8	889,0±27,2	897,9±13, 2	913,8±54,4	842,2±10,8
обхват Талии (мм)	800,6±15,4	704,0±17,5	745,3±9,8	761,3±65,3	695,0±9,9
Обхват Ягодиц (мм)	948,7±14,9	880,0±17,3	917,9±8,7	1003,3±52,	925,6±11,5

				1	
Средняя жир складка (мм)	7,3+0,6	4,5+0,4	9,0+0,6	12,4+3,1	11,4+1,0

Заключение.

У спортсменов опытных групп имеются существенные отличия морфологических и функциональных признаков от контрольной и часто от 2-й опытной группы, что объясняется, во-первых, влиянием длительных тренировок, во-вторых, естественным отбором лиц определенного телосложения и функционального стереотипа, соответствующего соматотипу спортсмена-единоборца.

Таблица 3

Функциональные пробы спортсменов единоборцев и контрольной группы

	Мужчины			Женщины		
	Спортсмены	Начинающие	Контроль	Спортсменки	Контроль	
АД сист	133,4+2,2	122,2+5,6	119,1+2,5	118,5+4,3	109,7+2,6	
АД диаст	68,8+2,1	61,3+3,2	64,8+1,3	68,0+5,8	64,4+1,8	
Пульс	67,1+1,9	73,2+2,9	77,6+2,5	84,3+3,4	73,9+4,2	
ЖЕЛ (л)	4,0+0,1	3,7+0,2	3,9+0,1	2,7+0,2	3,1+0,2	
Ортостатическая проба (пульс)	P1	69,5+2,1	68,7+5,2	74,5+2,4	66,0+6,0	66,9+2,8
	P2	90,6+2,1	93,3+5,7	99,4+3,5	98,0+6,0	90,6+5,2
Проба Руфье (пульс)	P1	69,9+2,0	78,0+5,1	74,3+2,3	68,0+4,0	68,6+2,0
	P2	86,4+2,8	90,7+11,4	114,3+3,2	98,0+22,0	122,9+5,5
	P3	75,1+2,3	76,7+4,8	90,9+2,8	76,0+8,0	84,6+5,7

Литература

1. Година Е.З. Современные методы исследования состава тела в спортивной антропологии / Е.З. Година [и др.] // 12 международный научный конгресс "Современный

олимпийский и паралимпийский спорт и спорт для всех", 26-28 мая 2008 г. : материалы / Рос. гос. ун-т физ. культуры, спорта и туризма. - М., 2008. - Т. 2. - С. 59-60.

2. Э. Г. Мартыросов Методы исследования в спортивной антропологии. – М.: Физкультура и спорт, 1982. – 199 с.

УДК 616-037

Д.М. Бородин

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

**Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, Белорусский государственный
медицинский университет, Республика Беларусь г. Минск**

Резюме: в статье рассматривается оригинальный метод визуализации патологических изменений, возникающих при остеопорозе. Рассматриваемый метод представляет собой переход от данных полученных с помощью рентгеновского исследования в виде монохромного двумерного изображения к псевдотрехмерному.

Ключевые слова: визуализация, лучевая диагностика, остеопороз.

D.M. Borodin

THE NEW APPROACHES TO VISUALIZATION IN THE X-RAY DIAGNOSIS OF OSTEOPOROSIS

**The department radiation diagnostics and radiation therapy, Belarusian state medical
university, Republic of Belarus, Minsk**

Abstract: The article considers the original method for visualization of pathological changes that occur in osteoporosis. Viewed method represents a transition from the data obtained by X-ray studies of the monochrome two-dimensional image to pseudo three-dimensional image.

Keywords: visualization, X-ray diagnostics, osteoporosis.

Актуальность:

Медицинская визуализация является принципиальным и важным разделом медицинской диагностики. Разные методы лучевой диагностики, и современные средства медицинской визуализации имеют свои преимущества и недостатки. Самую высокую разрешающую способность имеет стандартная рентгенография (20лп/мм). Цифровая рентгенография имеет разрешение от 0,7 до 5-6 лп/мм, то есть цифровое изображение значительно уступает аналоговому. Компьютерная томография позволяет дифференцировать патологические образования 2-3 мм. Магнитно-резонансная томография выявляет опухоли любой локализации, особенно эффективна в диагностике заболеваний мозга и позвоночника,

суставов и сердечно-сосудистой системы без применения контрастных веществ. [1] Принципиальную проблему в визуализации изображений всех модальностей представляет именно отображение данных получаемых тем или иным методом на мониторе.

Большинство мониторов способно отображать только 256 оттенков серого цвета. Данное обстоятельство накладывает определенные ограничения по части контрастности, человек способен воспринимать намного больше цветов. Для преодоления этого порога предлагались методики цветового картирования, другими словами переход к цветному отображению. С помощью такого подхода увеличивается контрастность изображения переходом в другую цветовую модель. В таком случае монитор способен отображать 2^{24} цветов, что, разумеется, более чем достаточно для отображения данных с высокой контрастностью.

Цель исследования:

Разработать методику псевдотрехмерной визуализации рентгеновских изображений и продемонстрировать ее на примере дифференциальной диагностики системного остеопороза.

Материалы и методы:

В настоящий момент существуют разные методы визуализации, например, цветовое картирование, увеличивающее контрастность за счет расширения диапазона. Однако в этом случае возникает проблема выбора порогов, так отсутствие договоренности в вопросе присвоения цветов разным структурам не дает стать этому методу общепринятым (рис. 1).

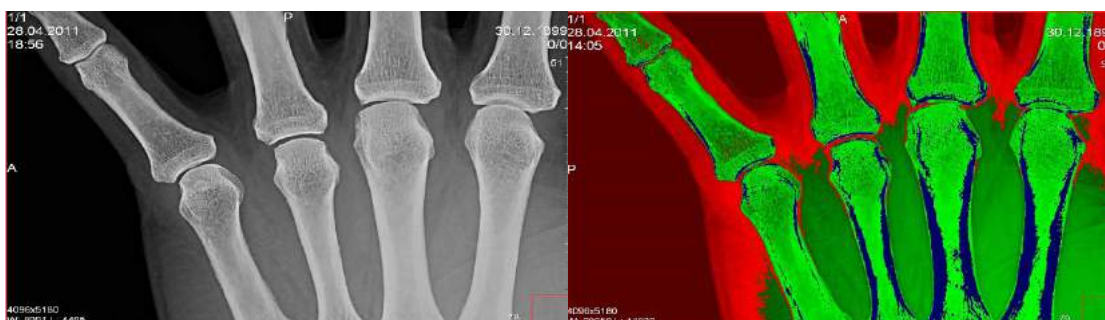


Рис. 1. Стандартное рентгеновское монохромное изображение слева и построенное на его основе картированное цветное справа.

В настоящей работе мы предлагаем метод отображения данных, основанный на переходе к трёхмерному пространству, то есть из двумерного монохромного изображения формируется псевдотрехмерное цветное. Таким образом, увеличивается контрастность, появляется интерактивность, что позволяет более тонко дифференцировать патологические процессы. Реализовали данный подход в виде компьютерной программы.

Результаты и обсуждение:

Разработанный нами метод имеет определенные достоинства, которые будут продемонстрированы на примере рентгенодиагностики остеопороза. Важным признаком системного остеопороза при рентгенографии является истончение кортикальной пластинки кости. Такие и другие характерные для остеопороза изменения, будут видны только при 15% потери минерального компонента кости, чувствительность ниже, по сравнению с денситометрией (способна обнаружить 2-3% потерю минерального компонента). [2, 3] Данное обстоятельство объясняется именно недостатком контрастности при отображении, и с успехом преодолевается нашим подходом к визуализации. Пример использования данного подхода для дифференциальной диагностики системного остеопороза с потерей минерального компонента менее 15% (подтверждено денситометрическим исследованием) и нормальной кости (также подтверждено денситометрическим исследованием) на рисунке 2 и 3.

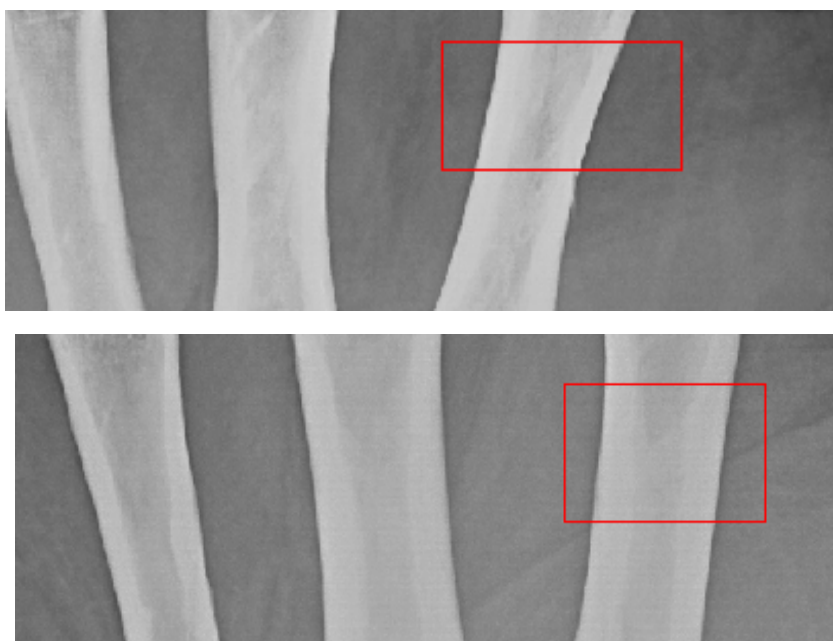
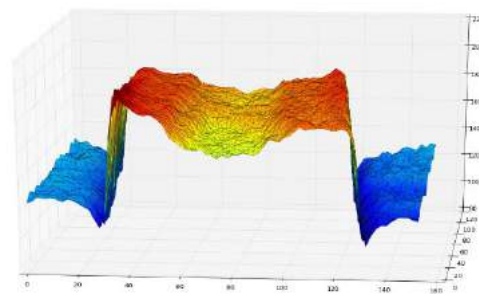
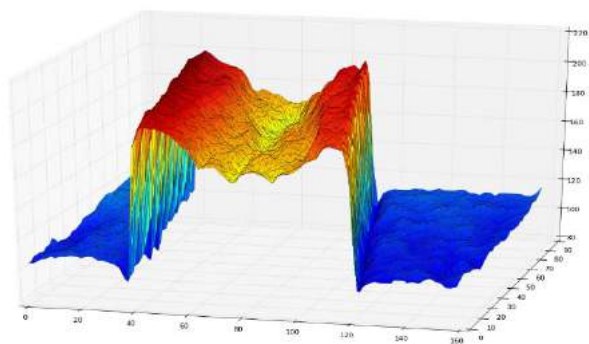


Рис. 2. Участки рентгеновских снимков кисти, визуализированные стандартным образом. Остеопороз с потерей минерального компонента менее 15% сверху, и нормальная кость снизу. Красными прямоугольниками выделены участки второй пястной кости, которые будут визуализированы при помощи нашей методики.

На рисунке 3 становятся явственно понятны отличия между двумя представленными случаями. Например, переход от кортикальной пластинки к костному каналу, его выраженность и плавность, а также ширина кортикальной пластинки и ее равномерность.



Р
ис. 3.
Визу
ализ
иров
анны

е при помощи псевдотрехмерного подхода участки снимков пациентов с рис. 2.

Заключение и выводы:

1. Рассмотрели различные подходы визуализации данных полученными при помощи рентгенографического исследования.
2. Предложили свою методику визуализации медицинских изображений, и продемонстрировали ее возможности на примере диагностики системного остеопороза.

Литература

1. Возможности и ограничения современных методов медицинской визуализации. Михайлов А.Н. ГУ “Республиканская больница” УД Президента РБ, Кафедра лучевой диагностики БелМАПО, Минск, Республика Беларусь (Материалы конференции 2002, том 2: 34-42)
2. Resnick D, Kransdorf M. Osteoporosis. Bone and Joint Imaging. Third Edition. 2005. 551.
3. Nayak S, Roberts MS, Greenspan SL. Cost-effectiveness of different screening strategies for osteoporosis in postmenopausal women. Ann Intern Med. 2011 Dec 6. 155(11):751-61.

УДК 572.512

Г.И. Гизетдинова, К.П. Игнатьева, Э. Р.Мансурова, Л.Р. Гизетдинова
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЦ
ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. УФЫ В 2015 – 2016 ГОДАХ

Кафедра анатомии, Башкирский государственный медицинский университет, г.
Уфа

Резюме: С целью выявления особенностей распределения разных морфологических конституциональных типов среди лиц юношеского возраста г. Уфы проведено соматометрическое обследование 60 студентов в возрасте 18-21 года. Установлено, что преобладающим конституциональным типом среди мужчин является мезоморфный тип, среди женщин – долихоморфный.

Ключевые слова: соматометрия, юношеский возраст, город Уфа

G.I. Gizetdinova, K.P. Ignatyeva, E.R. Mansurova, L.R. Gizetdinova
THE MORPHOLOGICAL CONSTITUTIONAL ANALYSIS OF PERSONS OF
YOUTHFUL AGE OF UFA IN 2015 - 2016

Department of anatomy, Bashkort medical university, Ufa

Abstract: For the purpose of detection of features of distribution of different morphological constitutional types among persons of youthful age of Ufa somatometric examination of 50 students at the age of 18-21 is conducted. It is established that the prevailing constitutional type among men is the mesomorphy type, among women – dolihomorphy.

Keywords: somatometry, youthful age, city of Ufa

Актуальность: Известно, что изменение строения тела человека вследствие изменения условий окружающей среды и влияния социальных факторов. В связи с этим выявление закономерностей в строении человека является актуальным для биологии и медицины, т.к. для разных конституциональных типов людей характерны разные заболевания. При этом, вопреки бытовым представлениям, все конституциональные типы являются проявлением нормы и определяются взаимодействием врожденных и средовых факторов. Поэтому выявление популяционных, возрастных и других антропологических особенностей организма является актуальной задачей современной науки.

Цель исследования: выявление особенностей распределения разных типов конституции среди лиц юношеского возраста, проживающих в настоящее время в городе Уфе.

Объектом исследования служили 60 студентов БГМУ обоего пола в возрасте 18-21 года, не имеющие патологии опорно-двигательного аппарата и хронических заболеваний в анамнезе.

Использовались антропологические методы исследования: соматоскопия; антропометрия по 50 стандартным параметрам в исследуемых группах.

Для расчета морфологической конституции проводилась стандартизация соматометрических параметров юношей и девушек по росту. На основании полученных данных произвели диагностику конституций обследуемых людей. Использовались стандартные методы вариационной статистики MS Excel.

В результате проведенного исследования были получены абсолютные результаты морфометрии тела (таблица 1).

Таблица 1

Результаты соматометрии юношей и девушек г. Уфы в 2015 – 2016 годах

Показатель	Девушки	Юноши
Масса тела (кг)	54,9±1,4	68,32±2,47
Рост стоя (см)	165,88±1,15	174,07±1,16
Рост сидя (см)	86,88±0,72	89,64±1,30
Длина ноги (см)	85,82±0,98	88,25±1,77
Длина руки (см)	72,71±0,77	76,25±1,03
Ширина грудной клетки (см)	25,24±0,41	26,48±1,84
Толщина грудной клетки (см)	18,00±0,66	18,03±1,26
Ширина таза (см)	27,20±0,45	27,74±0,44
Длина корпуса (см)	51,67±0,65	52,65±1,12

Оценка морфологической конституции проводилась по шкале относительной длины нижней конечности:

Брахиморфы – 1,4 – 1,59

Мезоморфы – 1,6 – 1,69

Долихоморфы – выше 1,7

Распределение по частоте встречаемости представителей разных соматотипов представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение соматотипов среди юношей и девушек г. Уфы в 2015 – 2016 годах

Соамтотип	Девушки	Юноши
Брахиморфы	30%	18%
Мезоморфы	25%	55%
Долихоморфы	45%	27%

Внутри каждой конституциональной группы были выявлены локальные соматометрические закономерности:

- Группа мезоморфного типа – относительной длина корпуса имеет прямую зависимость от длины нижней конечности и ширины грудной клетки.

- Группа долихоморфного типа – ширина груди прямо пропорциональна относительной длине верхней конечности.

- Группа брахиморфного типа – прямая зависимость толщины грудной клетки от длины верхней конечности; обратная зависимость относительной длины корпуса от межребневого диаметра таза.

Литература

1. Година, Е.З. Современные методы исследования состава тела в спортивной антропологии / Е.З. Година [и др.] // 12 международный научный конгресс "Современный олимпийский и параолимпийский спорт и спорт для всех", 26-28 мая 2008 г. : материалы / Рос. гос. ун-т физ. культуры, спорта и туризма. - М., 2008. - Т. 2. - С. 59-60.
2. Мартиросов, Э. Г. Методы исследования в спортивной антропологии. – М.: Физкультура и спорт, 1982. – 199 с.

3. Стрижков, А.Е. Динамика антропометрических параметров у лиц юношеского возраста города Уфы в 2002-2012 годах / Стрижков А.Е., Галлямов А.Ш., Бикташев М.Р., Ямгутдинов Р.Р. // Вестник молодых ученых Республики Башкортостан. – 2012, № 5. – С. 44 – 46.

УДК 51.761 615.47

Д. В. Гиндулин

ЗАДАЧА ФИЛЬТРАЦИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЭКГ-ДАННЫХ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНЫХ РЕСУРСОВ

Уфимский государственный авиационный технический университет

Резюме. Данная статья посвящена анализу методов фильтрации для цифровой обработки электрокардиографического сигнала на носимых устройствах малой вычислительной мощности. В статье рассматриваются некоторые из наиболее часто используемых методов для фильтрации ЭКГ-сигнала, среди них производится выбор оптимального для реализации на носимом устройстве.

Ключевые слова: цифровые фильтры, цифровая обработка сигналов, фильтрация ЭКГ-сигнала.

D.V. Gindulin

PROBLEM OF FILTRATION EXPERIMENTAL ECG DATA UNDER LIMITED COMPUTING RESOURCES.

Ufa State Aviation Technical University

Abstract. This article focuses on the analysis of the filtration methods for digital processing of electrocardiographic signal on wearable devices with low computing power. This article discusses some of the most commonly used methods for filtering the ECG signal, we make the optimal choice among them for implementation on wearable devices.

Keywords: digital filters, digital signal processing, filtering the ECG signal.

Актуальность. Регистрируемые биологические сигналы редко пригодны для непосредственной обработки методами распознавания отклонений. В большинстве случаев помимо исследуемого сигнала аппаратура регистрирует множество других сигналов. Данные сигналы по отношению к исследуемому являются помехами, артефактами или просто шумами.

Наличие шумов может быть вызвано как несовершенством регистрирующей аппаратуры и особенностями самого метода регистрации, так и физиологическими причинами. В первом случае возможно уменьшение влияния шумов путем совершенствования технической и методологической базы. Во втором случае, когда регистрируемый сигнал искажен тремором мышц или наложением электрокардиографического сигнала беременной женщины на сигнал плода, с шумами

приходится мириться.

Шумы, помехи и артефакты способны значительно снизить эффективность работы многих алгоритмов обработки сигналов. В частности, низкочастотные шумы не позволяют точно оценить длины и амплитуды зубцов электрокардиографического сигнала. А данные значения являются ключевыми в алгоритмах распознавания отклонений в работе сердечно-сосудистой системы.

Для устранения шумов может применяться множество методов фильтрации. Выбор определенного метода зависит от задачи исследования. В данной статье будут рассмотрены некоторые из них и выбран оптимальный для задачи фильтрации электрокардиографического сигнала на носимом устройстве.

Актуальность данной темы обусловлена прежде всего недостатками классических методов электрокардиографического исследования, позволяющего регистрировать отклонения в работе сердца лишь в течение короткого периода времени. Мониторирование по Холтеру обеспечивает непрерывную регистрацию ЭКГ в течении достаточно продолжительного времени (до 7 дней). Однако прибор для холтеровского мониторинга обладает значительными размерами, относительно высокой стоимостью и выдается пациентам на ограниченное время.

Цель исследования: выбрать оптимальный алгоритм фильтрации экспериментальных электрокардиографических данных для его реализации на носимых устройствах малой мощности.

Задачи:

- 1) изучить наиболее часто используемые алгоритмы фильтрации электрокардиографических данных;
- 2) определить ограничения, накладываемые на алгоритмы фильтрации, при их реализации на носимом устройстве;
- 3) на основе определенных ранее ограничений и сравнительного анализа характеристик методов фильтрации определить оптимальный для реализации.

Результаты и обсуждение. В настоящее время большую популярность набирают носимые устройства, обладающие компактными размерами. Удобство ношения таких устройства позволяет обеспечить непрерывность и длительность проводимого исследования. Но малая вычислительная мощность и ограниченные объемы памяти не позволяют применять изощренные методы обработки сигналов.

Часто носимые устройства выполняют лишь предварительную обработку исследуемого сигнала. Так, предполагается, что носимое устройство-электрокардиограф помимо

регистрации и хранения будет также проводить фильтрацию ЭКГ-данных. Дальнейший выбор метода фильтрации будет проводиться с учетом значительных ограничений по памяти и вычислительной мощности.

Рассмотрим несколько методов, часто применяемых для фильтрации электрокардиографического сигнала.

Одним из самых простых методов фильтрации сигнала во временной области является синхронное усреднение. Данный метод фильтрации предполагает наличия множества реализаций исследуемого сигнала или события и позволяет отделить повторяющийся сигнал от шума без искажения самого сигнала. Перед применением данного метода фильтрации к ЭКГ-сигналу, необходимо определить позиции QRS-комплексов в исследуемом сигнале и использовать эти позиции для выравнивания кардиоциклов. Далее сложить все реализации сигнала в буфере, и поделить на их количество.

Достоинством метода является его простота, а также отсутствие необходимости вычисления спектральных характеристик сигнала и шума. Действительно, необходимо лишь просуммировать N значений из M реализаций сигнала, соответствующих одному и тому же моменту времени.

Но несмотря на простоту выполняемых арифметических операций и малую вычислительную сложность алгоритма ($N*M$), данный метод фильтрации не является оптимальным для носимых устройств, так как требует наличия множеств реализаций сигналов, не работает в потоковом режиме и требует $N*M$ памяти.

При частоте дискретизации 1 кГц, разрешающей способности АЦП 12 бит, средней частоте сердечных сокращений 75 ударов в минуту и 10 реализациям сигнала, используемых для усреднения, получаем необходимый объем памяти для применения метода - 96000 бит или 12 кБ, что значительно больше 4 кБ оперативной памяти обычно доступных для миниатюрного носимого устройства.

Далее рассмотрим метод полосовых фильтров. Данный метод применяется в тех случаях, когда известна определенная полоса частот, в которой находится исследуемый сигнал. Главным преимуществом данных методов фильтрации является возможность устранения конкретной частотной составляющей, например сетевой наводки и ее гармоник.

Так как обработка сигнала происходит в частотной области, то требуются преобразования исследуемого сигнала (например, прямые и обратные преобразования Фурье). Данные преобразования затратны по вычислительной мощности и требуют наличия некоторого отрезка сигнала для вычисления его спектральных характеристик. Вышеперечисленные недостатки не позволяют проводить фильтрацию ЭКГ-сигнала на

носимом устройстве в реальном масштабе времени.

Далее рассмотрим фильтры с бесконечной импульсной характеристикой (БИХ). Данные фильтры являются линейными и используют один или несколько своих выходов в качестве входов, т. е. имеют обратную связь. Дискретные БИХ-фильтры описываются разностным уравнением вида:

$$y(n) = b_0 x(n) + b_1 x(n-1) + \dots + b_p x(n-P) - a_1 y(n-1) - a_2 y(n-2) - \dots - a_Q y(n-Q),$$

где P - порядок входного сигнала, b_i — коэффициенты входного сигнала, Q — порядок обратной связи, a_i — коэффициенты обратной связи, $x(n)$ — входной, а $y(n)$ — выходной сигналы.

Данное уравнение содержит два полинома со степенями P и Q . Для вычисления каждого последующего значения выходного сигнала необходимо хранить в памяти лишь коэффициенты входного и выходного сигнала, а также конечное и неизменное число самих значений входного и выходного сигналов. Вычисление каждого последующего значения выходного сигнала также не является затратной операцией, т. к. представляет собой вычисление разности полиномов, некоторые части которых уже были вычислены при формировании предыдущего значения выходного сигнала.

Вывод. Таким образом фильтр с бесконечной импульсной характеристикой является оптимальным из рассмотренных выше методов фильтрации для использования на носимых устройствах с малой вычислительной мощностью и небольшим объемом памяти. Кроме того, значительным преимуществом метода является возможность потоковой обработки, что также подходит для носимых устройств, непрерывно получающих данные с датчиков и обрабатывающих их в реальном масштабе времени.

Литература

1. Рангайян, Р. М. Анализ биомедицинских сигналов. Практический подход / Пер. с англ. под ред. А. П. Немирко. – М.: ФИЗМАТЛИТ, 2007. – 440 с.;
2. Илясов, Л. В. Биомедицинская измерительная техника: Учеб. Пособие для вузов / Л. В. Илясов. – М.: Высш. Шк., 2007. – 342 с.: ил.;
3. Pan J. and Tompkins W. J. A real-time QRS detection algorithm // IEEE Trans. Biomed End. – 1985. – V.32. – P. 230-236;

УДК 004.891.3, 616.33-002.44, 616.34-002.44.

Г.Ю. Гололобов, Р.Р. Тайсин, О.О. Козлова, Э.Д. Мехдиев, И.Р. Хабибуллин
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ

Кафедра хирургических болезней

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г.

Уфа

ФГПО ВПО Уфимский государственный нефтяной технический университет, г.

Уфа

Резюме. Рассматривается применение нейронных сетей для диагностики язвенной болезни, её осложнений.

Ключевые слова. Нейронная сеть, диагностика, прогнозирование, язвенная болезнь.

G.U. Gololobov, R.R. Taysin, O.O. Kozlova, E.D. Mekhdiev, I.R. Khabibyllin
APPLICATION OF NEURAL NETWORKS IN THE DIAGNOSIS OF ULCER
DISEASE

Department of Surgical Diseases

Bashkir state medical university, Ufa

Ufa State Petroleum Technological University

Abstract. Using the neural networks system for the diagnostics of ulcer disease, its complications.

Keywords. Neural networks, diagnostics, prediction, ulcer disease.

Актуальность. С созданием экспертных систем начались массивные исследования в области искусственного интеллекта, которые остаются актуальными на сегодняшний день. В 1977 году Э. Фейгенбаун высказал, что если информационные программы будут накапливать знания и опыт подобно специалистам, то они достигнут тех же высоких результатов [2]. Основываясь на свои исследования, зарубежные учёные предлагают пользоваться искусственной нейронной сетью (далее ИНС), считая, что она не только превосходит диагностические возможности человека, но из большого количества алгоритмов является оптимальной [7]. ИНС – это раздел искусственного интеллекта, в котором для обработки сигналов используются явления, аналогичные происходящим в нейронах живых существ. Её важнейшая особенность заключается в параллельной обработке информации всеми звеньями, которая обуславливает ускорение процесса обработки информации. Другая не

менее важная особенность – способность к обучению и обобщению накопленных знаний. Натренированная на ограниченном множестве данных сеть способна обобщать полученную информацию и показывать хорошие результаты на данных, не использовавшихся в процессе обучения [6]. Российские и зарубежные учёные-клиницисты уже добились определённых успехов в сфере предсказания различных исходов [2,7].

Язвенная болезнь (далее ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, проникающего в подслизистый слой [5]. На Всероссийском съезде хирургов-гастроэнтерологов в 2008 г. отмечалось, что самое распространенное заболевание органов пищеварения – гастродуоденальные язвы. По диспансерным данным на учёте состоит более 3 млн. больных. Так же отмечено, что от осложнений умирает около 6 тысяч человек в год. Последнее десятилетие характеризуется резким снижением частоты плановых операций по поводу гастродуоденальных язв (более чем в 2 раза), но число экстренных операций, выполняемых по поводу осложнений — перфораций и кровотечений — увеличилось в 2 и 3 раза соответственно [4]. Выражаясь другим языком можно сказать, что успехи консервативной терапии в целом не повлияли на частоту этих осложнений и вопросы хирургического язвенной болезни, особенно с учетом возросшего числа ее осложненных форм, будут ещё долгое время актуальными [1]. Данные цифры свидетельствуют о необходимости проведения ранней и современной диагностики. В настоящее время «золотым стандартом» диагностики является эндоскопическое исследование (ФГДС) и R-логическое исследование [4,5].

Цель работы – изучение возможности применения искусственных нейронных сетей в диагностике осложненной язвенной болезни.

Материалы и методы. Для создания нейронной сети было использовано программное обеспечение с функцией его создания и обучения. В основу работы положены данные 176 человек, 130 из которых имеют ЯБ, 41 имеют иную патологию и 5 являются здоровыми.

В рамках работы используется одна из простых архитектур ИНС в виде персептрона. Обучение персептрона происходит с помощью алгоритма обратного распространения ошибки (back-propagation).

ИНС состоит из нейронов, которые образуют слои. У персептрона обычно число слоев равно трем: входной слой, на который подается вектор входных сигналов, скрытый слой и выходной слой, который выдает вектор контрольных сигналов. Однако далее такой персептрон будет называться однослойным, поскольку входной и выходной слои в любом

случае будут присутствовать. Следует отметить, что любой персептрон с числом слоев, большим одного, может быть заменен на аналогичный однослойный персептрон.

У однослойного персептрона веса скрытых слоев образуют матрицу весов $W_{i,j}$, где i – номер нейрона скрытого слоя, j – номер нейрона выходного слоя, $W_{i,j}$ – вес связи между ними. Матрица весов каждого слоя однозначно определяет персептрон. На рисунке 1 представлена схема типичного персептрона.

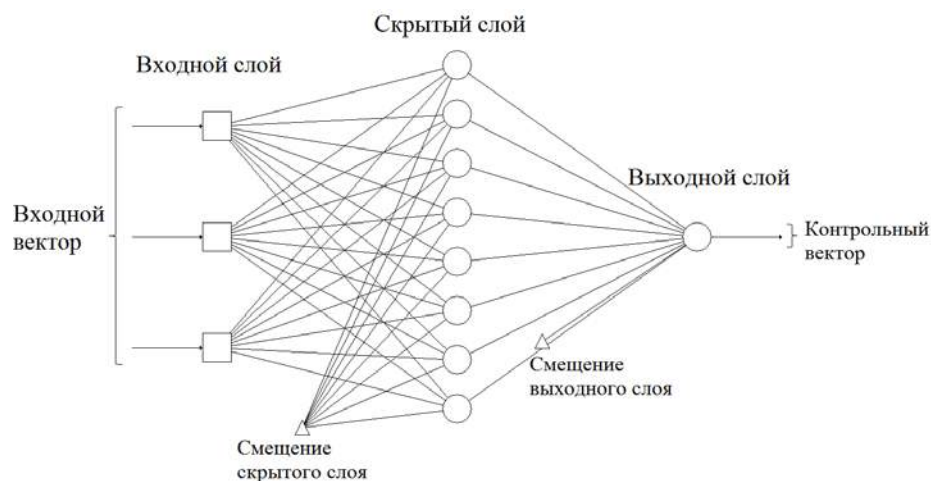


Рисунок 1. Схема трехслойного персептрона

Пусть X – вектор входных значений размерностью n , W, V – матрицы весов скрытого и выходного слоя соответственно, Y – вектор контрольных значений на выходе персептрона размерностью m , p – количество нейронов в скрытом слое, S – вектор значений на входе выходного слоя. Персептрон вычислит вектор контрольных значений следующим образом: (формулы 1-2)

$$S_j = F\left(\sum_{i=1}^n W_{i,j} \cdot X_i\right) \text{ Формула 1}$$

$$Y_k = F\left(\sum_{j=1}^p V_{j,k} \cdot S_j\right) \text{ Формула 2}$$

здесь F является функцией активации, являющейся какой-нибудь нелинейной функцией, например сигмоидом: (формула 3)

$$F(x) = \frac{1}{1+e^{-x}} \text{ Формула 3}$$

Как говорилось выше, для обучения персептрона используется алгоритм обратного распространения ошибки. В процессе обучения на каждом шаге вычисляется ошибка вычисления веса какого-либо слоя: (формула 4)

$$E = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n (y_{ij} - y_{ij}^*)^2 \text{ Формула 4}$$

где y_{ij} и y_{ij}^* – требуемые и вычисленные контрольные значения на i -ом выходе персептрона при i -ом наборе обучающей выборки. Затем для каждого веса вычисляется его изменение: (формула 5)

$$\Delta w_{ij} = -\eta \frac{dE}{dw_{ij}} \text{ (Формула 5)}$$

где η – скорость обучения, подбираемая вручную.

Таким образом, после нескольких итераций и достижения нужного порога точности, обучение прерывается и персептрон считается обученным [3,7].

Результаты и обсуждение: Был смоделировано 10 многослойных персептронов с 34 входными нейронами, 19 скрытых слоев и 2 на выходе для предсказания контрольного заключения (X35-X38, для каждого создавалась своя сеть). Тестировался диагноз ЯБ, летальный исход, осложнения, требующие незамедлительного хирургического вмешательства – перфорация и кровотечение.

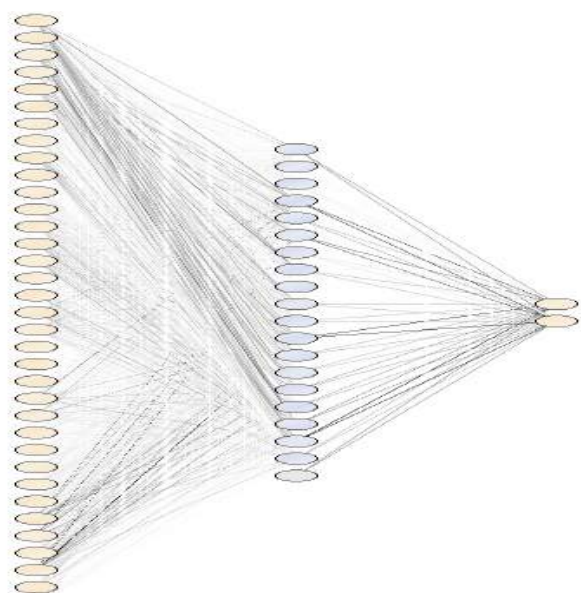


Рисунок 2

Модель многослойного персептрона №7

Входные нейроны включали: X1-пол, X2-возраст, локализация болей (X3-Эпигастральная область, X4-правое подреберье, X5-левое подреберье, X6-спина, X7-лопатку, X8-по всему животу, X9-другое место), X10-иррадиация в плечо, X11-спину, X12-интенсивность, X13- до приёма пищи (голодные боли), X13-после приёма пищи(X14-сразу, X15- через полтора-два часа), X16-ночные, X17-изжога, отрыжка X18-воздухом, X19-съеденной пищей, X20- боль усиливалась, прекращалась X21- в горизонтальном положении, X22- при наклонах, X23- тошнота, X24- рвота, X25 запоры, X26- жидкий стул, X27- метеоризм, X28- курение, X29-систолическое давление, X30-диастолическое давление, X31-пульс. Так же учитывалось лечение X32-амбулаторно или X33-стационарно в прошлом, X34-язвенный анамнез при поступлении. Контрольные нейроны: X35-летальный исход, X36-Язвенная болезнь, X37- кровотечение, X38-пенерация. В тренировке участвовало 136

человек, из них 90 язвенников, 46 нет. В тесте участвовало 50 человек, из них 40 язвенники, 10 нет. Результаты предсказания показаны в таблице №1.

Таблица №1

Нейроны:	Точность		
	%	Верно	Ошибок
клинический диагноз	86	43	7
летальный исход	92	46	4
перфорация	98	49	1
кровотечение	84	42	8
Общая точность, %	90		

Точность предсказания №1

Общая точность составила 90%, но с присутствием больших недочётов. Количество пациентов с перфорацией и кровотечением в тестовой выборке было по 1 пациенту соответственно. Это и объясняет такой большой процент предсказания. Для более адекватного результата в тестовую выборку было добавлено 6 пациентов с перфорацией и 10 пациентов с кровотечением из обучающей выборки. Результат стал более реальным (таблица №2):

Таблица №2

Нейроны:	Точность		
	%	Верно	Ошибок
клинический диагноз	86	43	7
летальный исход	92	46	4
Перфорация+6	83,93	47	9
Кровотечение+10	86,44	51	9
Общая точность, %	87,0925		

Точность предсказания №2

Для улучшения качества предсказания необходимо больше количество данных.

Помимо жалоб, исходя из анамнеза и ИБ, были собраны такие данные как: сочетанная патология, чем лечился амбулаторно и стационарно в прошлом, эмоциональный статус. Данные не были использованы во избежание создания большого количества ошибок.

Заключение. Высокая точность (87,0925%) позволяет с уверенностью сказать, что применение ИНС в медицине очень полезно, она помогает отследить и зафиксировать небольшие нюансы, про которые врач-клиницист может и забыть. При сборе больших данных, возможно научить не только предсказывать определённый диагноз, но и научить

различать различные нозологические формы заболеваний. Если внедрить ИНС на более высоком уровне, данное новшество снизит риски осложнений множества заболеваний.

Литература

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью М.: ГЭОТАР – Медиа 2008.
2. Назаренко Г.И., Осипов Г.С., Назаренко А.Г., Молодченков А.И. «Интеллектуальные системы в клинической медицине. Синтез плана лечения на основе прецедентов».
3. Нуртдинов, М.А. Оптимизация комплексного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической клинике: автореф. дис.. д-ра мед. наук. Уфа, 2005. -42 с.
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. «Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки» - М.: МЕДпресс_информ, 2002. — 376 с., ил. ISBN 5_901712_43_9.
5. Якубчик Т.Н. «Клиническая Гастроэнтерология» - Учебное пособие. — Гродно: ГрГМУ, 2011. — 308 с. — ISBN 978-985-496-884-1.
6. Akhmetsin R.M., Giniyatullin V.M., Kirlan S.A. IDENTIFICATION OF STRUCTURES OF ORGANIC SUBSTANCES BY MEANS OF COMPLEX-VALUED PERCEPTRON Optical Memory & Neural Networks (Information Optics). 2012. Т. 21. № 1. С. 11-16.
7. Kamruzzaman S.M., Ahmed Ryadh Hasan†, Abu BakarSiddiquee and Md. EhsanulHoqueMazumder. «MEDICAL DIAGNOSIS USING NEURAL NETWORK».

УДК 62.50, 617.3, 612.76

Д. С. Грачев

**К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛИ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
СЕКМЕНТА**

Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

Резюме. Данная статья посвящена анализу моделей позвоночно-двигательного сегмента. Рассматриваются существующие модели позвоночника. Приводятся их описания, а также выявляются достоинства и недостатки.

Ключевые слова: позвоночник, позвоночно-двигательный сегмент, позвонок, межпозвоночный диск, анализ, модель.

D.S. Grachev

ISSUES OF MODELING OF SPINAL MOTION SEGMENT

Ufa State Aviation Technical University, Ufa

Abstract. This article focuses on the analysis of the spinal motion segment. Considered existing models of the spine. In result there is presented their descriptions, and identified strengths and weaknesses of this models.

Keywords: spine, spinal motion segment, vertebrae, intervertebral disc, analysis, model.

Актуальность. Одной из множества сложных задач в современной медицине является диагностика и оценка повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы. Сложность данной задачи обусловлена тем, что оценка структурной целостности данной системы требует также оценки работоспособность ее отдельных элементов. Для оценки работоспособности и правильного функционирования элементов опорно-двигательной системы требуется иметь представление о некоторой идеализированной модели функционирования этого элемента, которая может содержать несколько способов представления: визуальный, в виде алгоритма функционирования и математический, в виде совокупности выражений, отражающих его функционирование. В наилучшем случае эти три представления должны быть объединены и связаны между собой.

Актуальность данного направления состоит в потребности наглядного и удобного для восприятия представления результатов исследования опорно-двигательной системы с целью последующего формирования адекватного медицинского заключения.

Цель исследования: обосновать выбор базовой математической модели одного позвоночно-двигательного сегмента, для дальнейшего формирования визуальной имитационной модели позвоночника.

Задача исследования: произвести анализ существующих моделей.

Результаты и обсуждение. Для начала рассмотрим модель «пружина-вязкий демпфер». В данной модели отдельный позвонок представлен твердым упругим телом, передающим механические колебания практически без потерь (рисунок 1). Основные потери при передаче механических колебаний через интактный участок позвонка происходят в межпозвоночном диске. Межпозвоночный диск в данной модели представлен вязко-упругим демпфером.

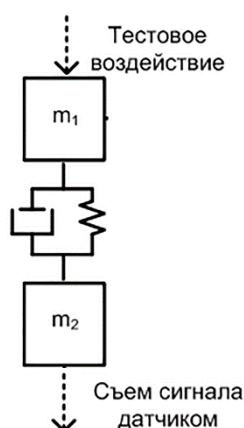


Рисунок 1 – Позвоночник как распределенная механическая система

Если позвонок будет содержать деформированный участок, в таком случае декремент затухания колебаний будет существенно выше, нежели в случае отсутствия деформаций. Это позволяет рассматривать ответ на тестовое механическое воздействие в качестве косвенной первичной оценки состояния позвоночника человека. В модели приняты некоторые допущения: позвонки одного сегмента позвоночника имеют одинаковую форму и размеры, все позвонки связаны между собой вязко-упругими связями.

Данная модель является достаточно простой в реализации, однако в ней движение позвонков рассматривается лишь в одной плоскости, без учета вращательных степеней свободы.

Далее рассмотрим модель, представленную в работе «Оптимальные биомеханические системы» [3]. Общий вид модели представлен на рисунке 2. В качестве единичного элемента в данной модели рассматривается абсолютно твердый позвонок вместе с невесомым межпозвоночным диском. Импульс ускорения действует под некоторым углом α к оси z неподвижной плоской системы координат $x-z$, движение элементов модели происходит в

этой же (сагитальной) плоскости. Каждый i -й позвонок имеет две поступательные степени свободы $u_i(t)$ и $w_i(t)$, и одну вращательную $\varphi_i(t)$.

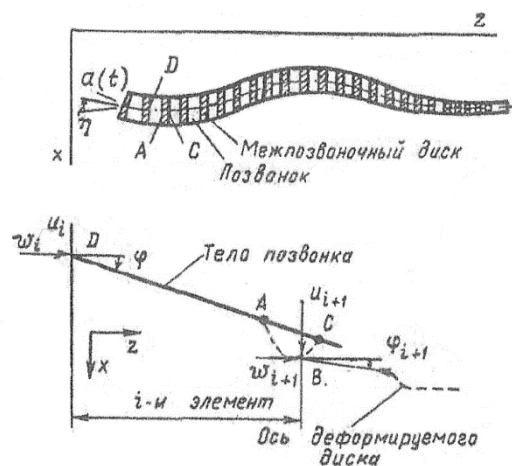


Рисунок 2 – Плоская модель позвоночника

Согласно [3] участок позвоночника описывается следующей системой уравнений:

$$\left\{ \begin{array}{l} \frac{du_i}{dt} = \xi_i \\ \frac{dw_i}{dt} = \lambda_i \\ \frac{d\varphi_i}{dt} = \omega_i \\ \frac{d\xi_i}{dt} = \frac{1}{m_i} (Q_i - Q_{i-1}) - c_{1i}\omega_i^2 + c_{2i} \frac{d\omega_i}{dt} \\ \frac{d\lambda_i}{dt} = \frac{1}{m_i} (P_i - P_{i-1}) - c_{2i}\omega_i^2 - c_{1i} \frac{d\omega_i}{dt} \\ \frac{d\omega_i}{dt} = \frac{1}{J_i} [(F_{3i-1} - B_i) - c_{2i}Q_{i-1} + c_{3i}Q_i + c_{1i}P_{i-1} - c_{4i}P_i] \\ \frac{dF_{2i-1}}{dt} = \frac{1}{p_1} [-F_{2i-1} + \frac{A_{i-1}}{g_{i-1}} (q_0\delta_{2i-1} + q_1\delta_{2i-1})] (i = 1, \dots, N) \end{array} \right.$$

На рисунке 3 показаны силы и моменты, действующие на i -й позвонок.

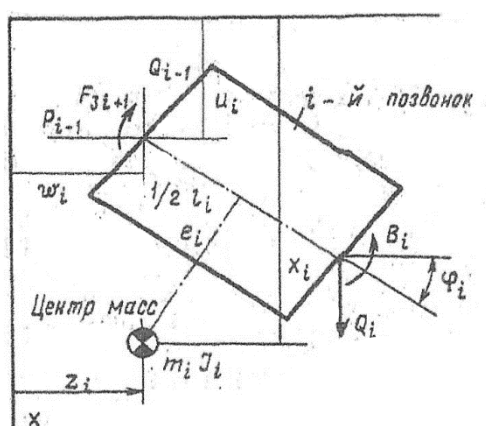


Рисунок 3. Координаты и характер сил, приложенных к позвонку

Деформации i -го межпозвоночного диска (рисунок 4) описываются следующими соотношениями:

$$\delta_{1i} = (BC)_i = (AB)_i \sin \beta_i = d_i \sin \beta_i \quad (7)$$

$$\delta_{2i} = (AC)_i - g_i = (AB)_i \cos \beta_i - g_i = d_i \cos \beta_i - g_i \quad (8)$$

$$\delta'_{2i} = d'_i \cos \beta_i - \beta_i d_i \sin \beta_i \quad (9)$$

$$\delta_{3i} = (\varphi_i - \varphi_{i+1}) - (\varphi_i^0 - \varphi_{i+1}^0) \quad (10)$$

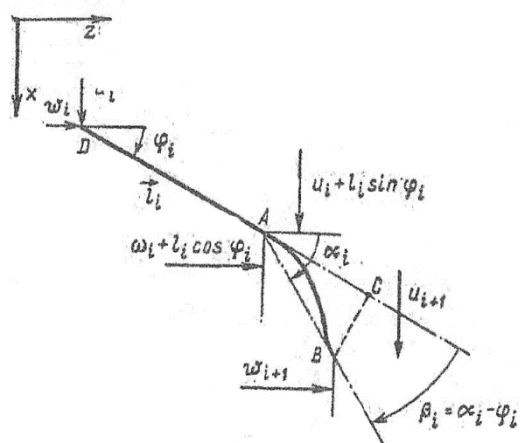


Рисунок 4. Деформации диска как функции координат соседних позвонков

В данной модели копчиковый отдел позвоночника не учитывается, а шейный отдел совместно с головой описывается одним жестким элементом. Поэтому первый позвонок поясничного отдела можно считать неподвижным. Для моделирования позвоночно-двигательного сегмента достаточно учитывать уравнения для i -го и $i+1$ -го позвонка.

Таким образом существенными отличиями данной модели от модели «пружина-вязкий демпфер» является учет следующих особенностей: учет двух поступательных и одной

вращательной степеней свободы, учет деформации межпозвоночного диска. Однако, так же, как и в модели «пружина-вязкий демпфер» позвонки являются твердыми телами, обладающими одинаковой массой в пределах отдела и межпозвоночные диски являются невесомыми.

Заключение и выводы. Использование модели, рассмотренной в работе [3] позволит смоделировать позвоночно-двигательный сегмент, учитывающий достаточный набор динамических свойств, для дальнейшего формирования визуальной имитационной модели позвоночника.

Литература

1. Бакусов, Л.М., Насыров, Р.В., Минасов, Т.Б. Применение метода функциональных биомеханических проб для исследования состояния позвоночника человека // Мехатроника. Москва – Новые технологии. – 2001. – №6. – С. 17 – 23;
2. Зациорский, В.М. и др. Биомеханика двигательного аппарата человека / В.М. Зациорский, А.С. Аруин, В.Н. Селуянов. – М.: Физкультура и спорт, 1981. – 143 с.: ил.;
3. Образцов И.Ф., Ханин М.А. Оптимальные биомеханические системы. 1989. Твердый переплет. 272 с

УДК 616-085

Н.П.Зылева, Л.Р. Идрисова

МОДЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Проведено исследование качества жизни 208 людей, из них терапевтического профиля 168 и 25 здоровых с помощью опросника SF-36 (The Short Form-36), состоящего из 36 вопросов. Все исследуемые, были разделены на 2 группы. Для выявления зависимости качества жизни пациентов от стоматологического статуса был проведен дополнительный опрос по OHIP-14 (Oral Health Impact Profile -14), включающего 14 вопросов. Результаты исследования показали наличие ряда общих закономерностей, а также групповых особенностей.

Ключевые слова: показатели качества жизни, терапевтический профиль, оценка качества жизни, опросники SF-36, OHIP-14.

Zyleva N.P., Idrisova L.R.

QUALITY OF LIFE MODELLING IN THERAPEUTIC PROFILE PATIENTS

Department of internal diseases propaedeutic,

Bashkortostan state medical university, Ufa

Abstract. The study of quality of life of 208 people, of whom 168 therapeutic profile and 25 healthy using the questionnaire SF-36 (The Short Form- 36), consisting of 36 questions. All subjects were divided into 2 groups. extra survey questionnaire OHIP- 14 (Oral Health Impact Profile -14) was conducted to identify the quality of life of patients, depending on the dental status, including 14 questions. The results showed the presence of similarities and group features.

Keywords: indicators of quality of life, therapeutic profile, assessment of quality of life, SF-36, OHIP- 14.

Актуальность: Результаты традиционных лабораторных и инструментальных методов исследования в медицине не могут служить исчерпывающей информацией о пациенте [5]. Вместе с тем известно, что качество жизни человека является важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести и эффективности лечения заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, а также заболеваний эндокринной системы [1,6]. Изучение качества жизни производится с помощью специально разработанных опросников, направленных на выявление физического здоровья,

когнитивного и социального функционирования, эмоционального состояния и удовлетворения жизнью. При этом акцентируется внимание не только на объективной, но и субъективной оценке пациента. В последние годы отмечается смещение акцентов с изучения количественных показателей недостаточности функции внутренних органов на качественные. Особо уделяется внимание оценке качества жизни у больных. Достижению основной цели лечебного процесса может способствовать изучение возможностей применения показателей качества жизни пациентов для прогнозирования исходов лечения. Однако параллельная и сравнительная оценка качества жизни больных, находящихся на стационарном лечении в отделениях терапевтического профиля, до сих пор не проводилась.

Цель исследования: дать оценку качества жизни больных терапевтического профиля.

Материалы и методы: групповой заочный метод анкетирования; статистический метод для обработки полученных данных.

Для оценки качества жизни пациентов нами был применен неспецифический опросник SF-36 (англ. TheShort Form-36), широко используемый в Западных странах для отражения общего благополучия и степени удовлетворенности теми сторонами жизни человека, на которые влияет состояние здоровья. С целью получения правильных данных его используют комплексно в группах как здоровых людей, так и больных с различными хроническими заболеваниями для сравнения показателей качества жизни пациентов.

Все пациенты, вошедшие в данное исследование, были опрошены с помощью опросника SF-36 (TheShort Form-36), состоящего из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал.

1. Физическое функционирование – отражает степень, в которой состояние здоровья лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.д.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим– влияние физического состояния на ролевое функционирование (работа, выполнение обычной деятельности).

3. Интенсивность боли ,ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. Общее состояние здоровье – оценка больным своего состояния в настоящий момент.

5. Жизненная активность подразумевает ощущение себя полным сил и энергии, или, напротив, обессиленным.

6. Социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

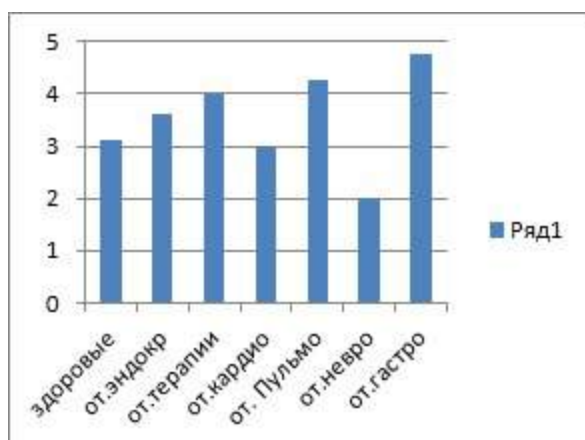
8. Психологическое здоровье характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

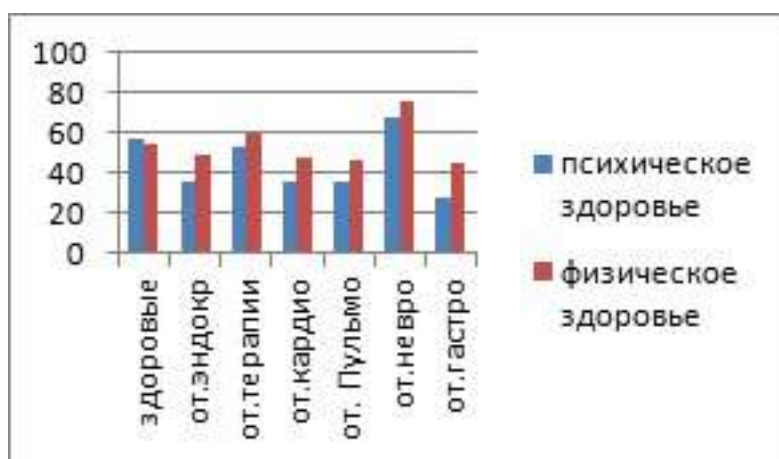
Среди пациентов дополнительно был проведен опрос по ОНIP-14 (OralHealthImpactProfile -14), состоящий из 14 вопросов, выявляющих связь между стоматологическим статусом и качеством жизни больных. Современная оценка результатов определения показателей индекса ОНIP-14 не предполагает четкой взаимосвязи цифрового значения индекса с уровнем качества жизни пациента. Чем выше оценка в баллах, тем негативнее влияние состояния полости рта на субъективную оценку пациентом своего уровня жизни.

Результаты исследования и их обсуждение:

В исследование были включены 208 больных (105 мужчин и 103 женщины) в возрасте от 16 до 82 лет из отделений общей терапии, гастроэнтерологии, пульмонологии, эндокринологии и кардиологии. Средний возраст пациентов составил 53,91 года; основные заболевания, которыми они страдают – сахарный диабет, хронический бронхит, ХОБЛ, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и хронический панкреатит.



Диagr.1. ОНIP-14



Диагр.2. SF-36

Заключение и выводы:

Было выявлено, что эти заболевания оказывают негативное влияние на аспекты качества жизни пациентов всех отделений, но в наибольшей степени - на пациентов отделения гастроэнтерологии. В основном страдают такие стороны качества жизни, как психическое здоровье, физическое функционирование, жизненная активность.

Литература

1. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. – 2002. - № 5. – С. 92-95.
2. Парахонский А.П., Цыганок С.С. Качество жизни больных бронхиальной астмой // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – № 11 – С. 104-104
3. Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования // Издательство Института Психологии РАН. М. – 2006. 168 с.
4. Стародубов В.А., Стародубова А.В. Изучение качества жизни у больных с язвенной болезнью // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 3, Issue 3, 2013, pp. 791-791

УДК: 616.127-005.8:616-037

Р.В.Изибаева, Л.Р.Ибатуллина

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И СРАВНЕНИЕ ШКАЛ GRACE, GHUSTO-1 И РЕКОРД ДЛЯ
ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности во всем мире. Большая часть заболеваний приходится на долю инфаркта миокарда. Выделить группы риска и, исходя из степени риска, планировать тот или иной метод лечения позволяют стратификационные модели (шкалы): шкале GRACE, шкале GUSTOI и шкала РЕКОРД. При проведении ретроспективного анализа 31 истории болезни (подсчитав соответственно каждой шкале количество баллов и вероятность развития риска в %) выявлено, что наибольшей прогностической значимостью обладает шкала GRACE. Ряд ограничений (малая изученность в популяции российских больниц шкалы GRACE, необходимость большого количества времени на лабораторные данные) мешают широкому распространению в повседневной практике стационаров. Следовательно, вопрос поиска универсальной шкалы остается актуален.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, прогноз, GRACE, GHUSTO-1, РЕКОРД

Izibaeva R.V., Ibatullina L.R.

**THE USE AND COMPARISON OF SCALES GRACE, GHUSTO-1 AND RECORD
TO PREDICT MYOCARDIAL INFARCTION**

Department of propedeutics of internal diseases

Bashkir state medical University, Ufa

Resume. Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. Most of the disease accounted for myocardial infarction. To allocate risk and based on risk to plan a method of treatment allows stratification models (scale): scale GRACE, scale and scale GUSTOI RECORD. When conducting a retrospective analysis of 31 medical history (by counting, respectively, each scale score and the likelihood of risk in %) revealed that the greatest prognostic importance scale GRACE. A number of limitations (small study population in the Russian hospitals of the scale of GRACE, the need for a large amount of time on laboratory data) prevent a wide spread daily practice in hospitals. Therefore, the question of universal scale remains relevant..

Keywords: myocardial infarction, prognosis, GRACE, GHUSTO-1, RECORD.

Актуальность: одной из важнейших проблем ишемической болезни сердца (ИБС) является острый коронарный синдром (ОКС), смертность от которого в мире и России продолжает оставаться одной из самых высоких, что обуславливает актуальность изучения данной проблемы. Пациенты, перенесшие острый коронарный синдром, в том числе инфаркт миокарда, имеют высокий риск развития повторных инфарктов, сердечной недостаточности, внезапной смерти. Выделить группы риска и планировать тот или иной метод лечения позволяют стратификационные модели (шкалы) GRACE, GUSTO-I, РЕКОРД и другие [2].

О прогностических шкалах: шкала GRACE основывается на соответствующем исследовании (GlobalRegistryofAcuteCoronaryEvents). С помощью данной шкалы можно оценить риск смертности и развития ИМ во время госпитализации и в течении полугода [9,10,12]. Используется 8 критериев: возраст, класс острой сердечной недостаточности по Killip, повышенный уровень систолического АД, изменение сегмента ST, остановка сердца, увеличение концентрации креатинина сыворотки крови, положительные биомаркеры, тахикардия. Риск, оцениваемый по шкале, принято интерпретировать следующим образом: 1) низкий риск – смертность менее 1%, количество баллов менее 109; 2) средний риск – смертность от 1% до 3%, количество баллов от 109 до 140; 3) высокий риск – смертность более 3%, количество баллов более 140.

На основании данных, полученных в регистре ОКС РЕКОРД, проводимый в отечественных стационарах, предложена одноименная прогностическая шкала [5]. По данным регистра определены факторы, независимо связанные со смертельным исходом (класс Killip \geq II, подъем сегмента ST на исходной электрокардиограмме \geq 1 мм, систолическое артериальное давление при поступлении \leq 100 мм рт.ст., уровень гемоглобина при поступлении $<$ 110 г/л, возраст 65 лет и старше, сахарный диабет в анамнезе). Каждый фактор оценивается в 1 балл, точка разделения между высоким и низким риском смерти при ОКС составляет 2 балла.

Шкала GHUSTO-I (30-дневный прогноз осложнений инфаркта миокарда) включает в себя следующие данные при поступлении в стационар: систолическое АД, пульс, суммарное отклонение ST, передний/не передний ИМ, возраст, рост, сахарный диабет, предшествующий АКШ, класс стенокардии по Killip, предшествующий ИМ по ЭКГ. Для каждого показателя рассчитываются баллы согласно приведенной шкале, вероятность осложнений прямо пропорциональна количеству баллов.

Цель работы: Оценить и сравнить прогностическую значимость различных шкал стратификации риска неблагоприятных коронарных событий у больных с инфарктом

миокарда (ИМ) и рассмотреть возможность внедрения в практику лечебной деятельности отделений больниц.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 31 истории болезни, в которые были включены истории болезни пациентов, страдавших острым инфарктом миокарда, находящиеся на лечении в кардиологическом отделении клинической многопрофильной городской больницы №21 за февраль 2016 г. и исключены те пациенты, которые страдали сопутствующими заболеваниями других органов: хронической обструктивной болезнью лёгких, заболеваниями с неконтролируемым течением такими как ВИЧ, злокачественные новообразования и др., так как сопутствующие заболевания могли сбить оценку риска осложнений течения инфаркта миокарда.

Все пациенты были стратифицированы по 3 основным методикам: шкале GRASE, шкале GUSTOI и шкале РЕКОРД с оценкой госпитального риска и прогноза до 6 месяцев. Учитывали следующие условные группы параметров: антропометрические показатели, факторы риска атеросклероза, данный, указывающие на распространенный атеросклероз, клинические показатели, показатели инструментального и лабораторного обследований.

Подсчитываются количество баллов и вероятность развития риска в %.

Результаты и обсуждение: при расчете баллов и % вероятности развития осложнений ИМ и летальности для пациентов из группы подисследования установлено (рис. 1):

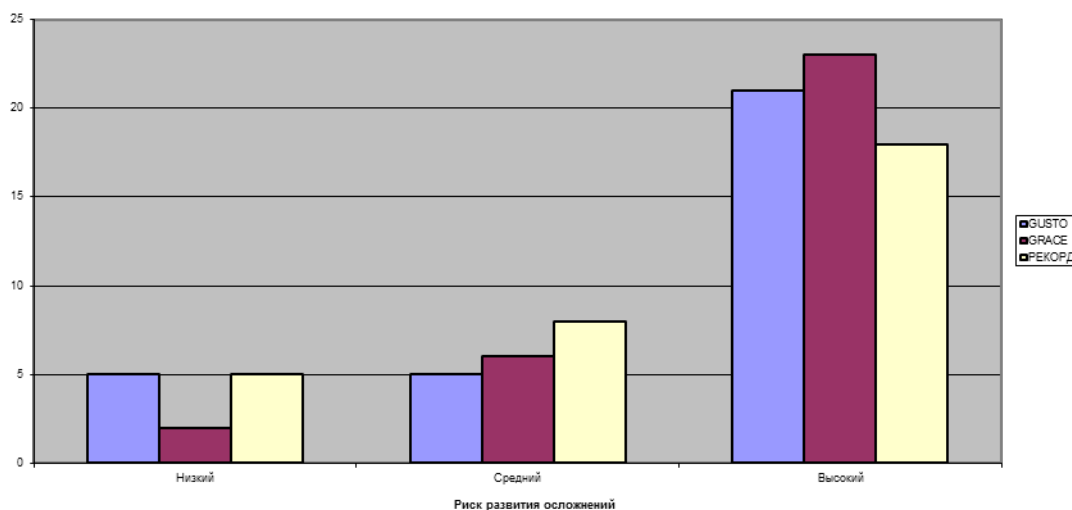


Рис. 1 Распределение прогнозируемого риска по шкалам.

1. Распределение прогнозируемого риска по шкале GRASE: 6,45% (2 больных) имеют низкий риск развития осложнений, 19,4 (6 больных) имеют средний риск развития осложнений, 75% (23 больных) имеют высокий риск развития осложнений.

2. Распределение прогнозируемого риска по шкале РЕКОРД: 16,13% пациентов (5 больных) имеют низкую вероятность летальных событий, 84% (26 больных) имеют высокий риск развития летальности.

3. Распределение прогнозируемого риска по шкале GUSTOI: 4% больных имеют менее 1% развития осложнений, 13 % больных - 1-5%, 17% имеют 5-10 % развития осложнений, 23% - 10-20% риск развития осложнений, 26% больных – 20-40% риск развития осложнений, 16 % - 40-50% риска, 4 % больных – 50-80% риска осложнений.

Для выявления наиболее прогностически информативной шкалы использовался метод построения ROC-кривой с расчетом площади под ней (AUC).

При сравнении диагностических возможностей трех ранее описанных шкал в отношении прогнозирования выявлено, что наибольшей прогностической значимостью обладает шкала GRACE.

Результаты и выводы: 1) Представленные шкалы демонстрируют высокую прогностическую точность при оценке риска смерти и развития осложнений ИМ в разные сроки от момента госпитализации больных ОКС. 2) У существующих прогностических шкал есть ряд ограничений, ввиду которых они не находят широкого распространения в повседневной практике стационаров (малая изученность в популяции российских больных (например, регистр ОКС GRACE не проводился в России), для расчета риска с помощью шкалы GRACE и GUSTOI требуются данные лабораторных показателей (уровень креатинина, гемоглобина при поступлении), для его определения необходимо некоторое время, а также подсчет большого количества баллов с помощью компьютерной программы). Основным недостатком регистра РЕКОРД можно считать его ограниченность, т.е. требуется ее верификация на крупных независимых групп больных с ОКС. Однако среди достоинств шкалы РЕКОРД следует отметить простоту и возможность определения ее составляющих.

Таким образом, актуальным остается поиск прогностической шкалы, которая была бы удобнее существующих и как минимум сравнима с ними по прогностическому значению.

Литература

1. Аверков О.В., Лысов А.Ю., Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Возможности применения современных рекомендаций по лечению острых коронарных синдромов в инфарктном отделении городской больницы. *Кардиология* 2002; 4: 4-13.

2. Лямина Н.П., Котельникова Е.В. Компьютерные технологии в организации реабилитационных мероприятий в первичном звене здравоохранения у больных ишемической болезнью сердца. *Здравоохранение Российской Федерации* 2010; 5: 32-5.

3. Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А., Гриднев В.И. и др. Трехлетний опыт работы регистра больных с острым коронарным синдромом в региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях. *Кардиологический вестник*. 2012; 1: VII (XIX): 5–9.

4. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда, Медицина, 1991г., 287 стр.

5. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. от имени участников регистра РЕКОРД. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара.

Кардиология 2009;7:4—12.

6. Эрлих А.Д. Регистры острых коронарных синдромов – их виды, характеристики и место в клинической практике. Вестник Российской Академии Медицинских Наук 2012; 4: 30-39.

Braunwald E. Heart disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, Sydney, Tokyo; 1996.

7. Calliff R.M., Pieper K.S., Lee K.L. et al. Prediction of 1-year survival after thrombolysis of acute myocardial infarction in the global utilization of streptokinase and TPA for occluded coronary arteries trial. *Circulation* 2000;101:2231—2238.

8. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010; 31: 2369–429

9. Granger C.B., Goldberg R.J., Dabbous O. et al. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Arch Intern Med* 2003;163:2345—2353.

10. Fox K.A., Goodman S.G., Klein W. et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Finding from Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J* 2002;23:1177—1189.

11. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation/ *J Am Coll Cardiol* 2011; 57: e101–e98.

12. The GRACE Investigators. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2001;141:190–199.

УДК: 616.37-002.2-07-089.8

К.Э. Имамгаязова

**ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. В данной работе представлено исследование депрессии и тревожности у пациентов гастроэнтерологического отделения ГБУЗ РБ Городская клиническая больница № 21 г. Уфы, страдающих хроническим панкреатитом.

Ключевые слова. Хронический панкреатит, депрессия, тревожность.

К.Е. Imamgayazova

**THE RESEARCH OF THE NATURE OF DEPRESSION AND ANXIETY IN PEOPLE
SUFFERING CHRONIC PANCREATITIS**

Department of Propedeutics of Internal Diseases, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract. My project is devoted to the research of the nature of depression and anxiety in gastroenterology patients of City Clinical Hospital №21, Ufa, suffering chronic pancreatitis.

Keywords. Chronic pancreatitis, depression, anxiety.

Актуальность: Хронический панкреатит — это распространенная патология, которая проявляется признаками эндокринной и экзокринной недостаточности, имеющая прогрессирующее течение с высоким уровнем болевых ощущений, различными диспепсическими расстройствами. При этом заболевании в поджелудочной железе происходит целый ряд необратимых патологических изменений. [1]

Данные изменения в организме не только ограничивают привычный ритм жизни, но и могут явиться причиной эмоциональных расстройств, среди которых часто встречается депрессия и тревожность. Ученые давно уже выявили связь между количеством обострений панкреатита и уровнем тревожности и депрессии у пациентов. [2] Больные почти все время испытывают подавленное состояние, находятся в тоскливом настроении. Психические аномалии часты у людей, злоупотребляющих алкоголем, который сами по себе губительно действует на центральную нервную систему и значительно отягощает течение хронического панкреатита.

Проявлениями хронического панкреатита являются снижение работоспособности, повышенная утомляемость, снижение настроения, бодрости. Чаще всего эти проявления

приходится на начало болезни и связаны с наличием стойкого болевого и диспепсического синдромов. Также большой вклад в развитие стойкого депрессивного синдрома вносят ограничения в питании и необходимость частого и дробного питания. Качество жизни больных хроническим панкреатитом стойко снижено по сравнению с практически здоровой группой населения как по показателям физического, так и психического здоровья.

Тревога при хроническом панкреатите может быть реактивной (тревожность в данный момент) и личностной (как устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. [3]

Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Значительные отклонения от умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревожности с целью показать себя в «лучшем свете». [4]

Цель исследования: Исследование уровня депрессии и тревожности у больных хроническим панкреатитом.

Методы и материалы: Было проведено анкетирование пациентов гастроэнтерологического отделения ГБУЗ РБ *Городская клиническая больница № 21 г. Уфы и студентов Башкирского государственного медицинского университета. В исследовании участвовали 60 человек. Среди них 30 (50%) пациентов гастроэнтерологического отделения и 30 (50%) студентов Башкирского государственного медицинского университета.*

В качестве раздаточного материала выступили анкеты.

Для выявления депрессии и тревожности были использованы Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и Шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д.Спилбергера, под редакцией Ханина.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная Zigmond A.S. и Snaitth R.P. для первичного выявления и оценки тяжести депрессии. Эта шкала содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Тревоге соответствуют нечетные пункты, а депрессии - четные пункты.

При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений:

- 1) 0-7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии),
- 2) 8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия,
- 3) 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д.Спилбергера, под редакцией Ханина является способом самооценки уровня реактивной тревожности и личностной тревожности.

Шкала самооценки состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания 21-4) тревожность. По результатам расчетов тревожность разделяют на :

- 1) до 30 — низкая тревожность,
- 2) 31-45 — умеренная тревожность,
- 3) 46 и более — высокая тревожность.

Статистическая обработка материала проводилась программой Excel.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования по шкале HADS было установлено, что при хроническом панкреатите наблюдаются субклинически и клинически выраженные тревога и депрессия.

При этом у 14-ти пациентов (46%) депрессивные симптомы отсутствовали, у 10 человек (34%) отмечались субклинически выраженная депрессия, в 6 случаях (20%) наблюдалась клинически выраженная депрессия. Тревожности не испытывали 9 испытуемых (30%), субклинические проявления имеют 12 (40%) пациентов. Клинически выраженная тревога отмечается у 9 больных (30%) (см. Рис.1)

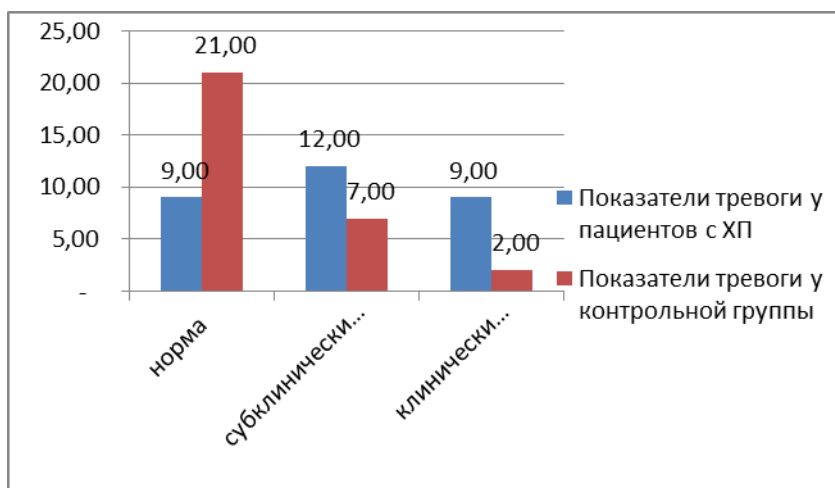


Рис.1 Показатели тревоги у пациентов с хроническим панкреатитом и участников контрольной группы.

В контрольной группе клинически выраженной депрессии не отмечается (0%) . (см. Рис.2). У 15 человек (50%) отмечаются субклинически выраженная депрессия. Большинство испытуемых из контрольной группы тревожности не испытывают 21 человек(70%), у 7 (30%) имеются субклинические проявления. Клинически выраженная тревога отмечается у 2 испытуемых (7%).

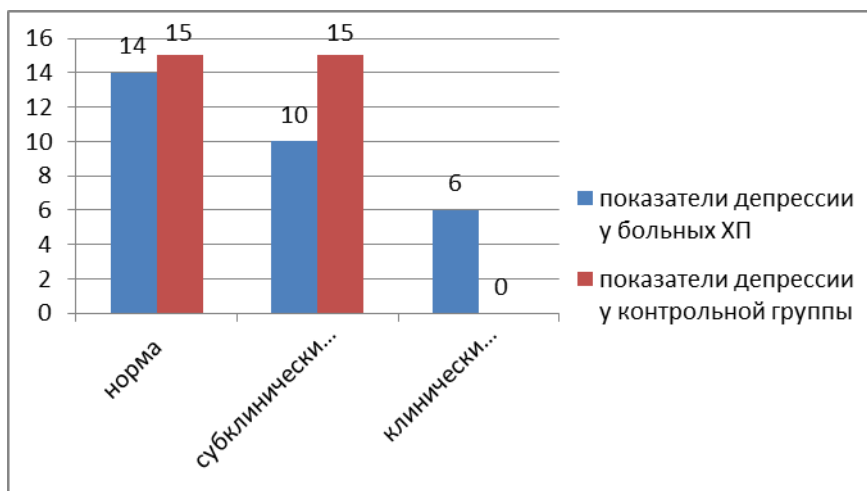


Рис.2 Показатели депрессии у пациентов с хроническим панкреатитом и участников контрольной группы.

В ходе исследования по шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д.Спилбергера, под редакцией Ханина было установлено, что при хроническом панкреатите наблюдаются тревога низкой, умеренной и высокой степени. Высокие показатели реактивной тревожности обнаружены у 8 пациентов (26,5%), тревожность средней степени обнаружена у 14 пациентов (47%). Низкая степень реактивной тревожности отмечается у 8 больных(26,5%).

Высокие показатели личностной тревоги обнаружены у 20 пациентов (64%). Средние – у 23%. Низкая личностная тревога отмечается у 3 пациентов (10%).

В контрольной группе реактивная тревожность средней степени найдена у 4 человек (13%). Все остальные (87%) имеют низкий уровень реактивной тревожности.

Высокий уровень личностной тревожности обнаружен у 7 человек (23,5%). Средний- у 16 человек (53%). Низкий уровень личностной тревожности выявлен у 7 испытуемых(23,5%) (см. Рис.3)

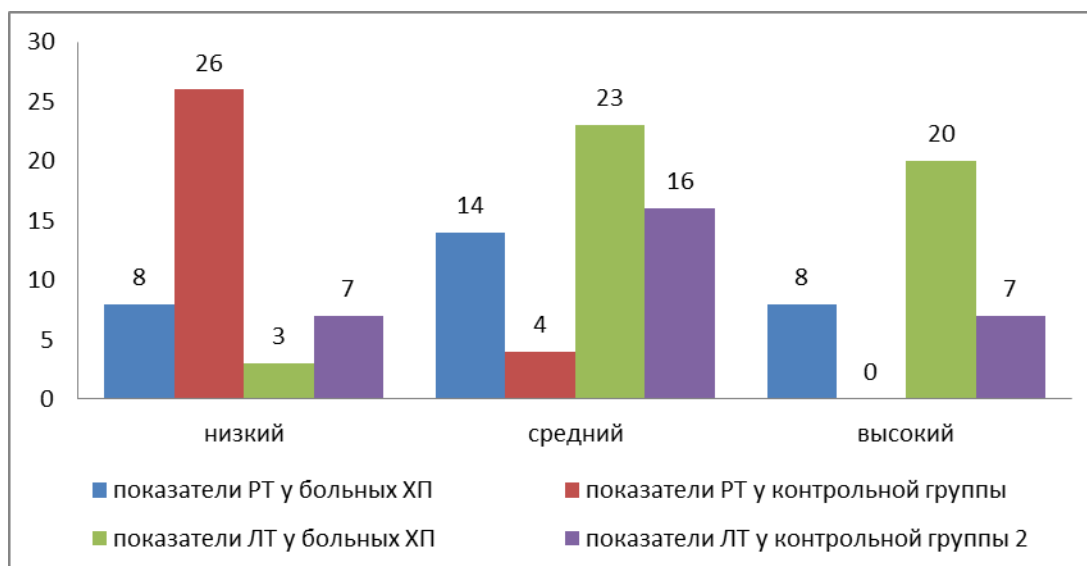


Рис.3 Показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у пациентов с хроническим панкреатитом и участников контрольной группы.

Заключение и выводы:

- 1) У больных хроническим панкреатитом на 20% чаще отмечается клинически выраженная депрессия.
- 2) Больные хроническим панкреатитом на 23% чаще испытывают клинические на 10% чаще субклинически выраженную тревожность.
- 3) Больше половины пациентов с хроническим панкреатитом имеют высокие показатели личностной тревожности.
- 4) В случаях умеренно выраженных депрессивных реакций рекомендуются вегетокорректоры, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики. Их применение будет повышать эффективность назначенного лечения, и снижать риск психосоматических осложнений.

Литература

5. Кузин М. И., Данилов М. В., Благовидов Д. Ф. Хронический панкреатит //М.: Медицина. – 1985. – Т. 368. – С. 13.
6. Смулевич А.Б. и др. Диагностика и фармакотерапия депрессий у соматических больных. Депрессии и коморбидные расстройства: М., 1997. –С. 250-260.

7. Циммерман Я. С. Хронический холецистит и хронический панкреатит //Пермь:
Перм. мед. акад. – 2002.

УДК 005

И.Р. Исаев, Н.Ф. Ахметгалева

**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ БГМУ МЕТОДОМ
МАТЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РИТМА СЕРДЦА**

**Кафедра поликлинической терапии. Центр здоровья студентов и сотрудников
БГМУ**

Башкирский Государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Мы исследовали уровень здоровья студентов БГМУ методом математического анализа вариабельности сердечного ритма с помощью диагностической аппаратуры «Лотос». Была выявлена высокая распространенность студентов БГМУ, имеющих уровень здоровья «средний» и «плохой», что требует проведения профилактических мероприятий.

Ключевые слова: уровень здоровья, «Лотос».

I.R. Isaev, N.F. Akhmetgaleeva

**INVESTIGATION OF HEALTH LEVEL IN STUDENTS OF BASHKIR STATE
MEDICAL UNIVERSITY BY MATHEMATIK ANALYSIS OF HEART RHYTHM**

Department of polyclinic therapy. Center of BSMU Students and Staff Health

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: we investigated BSMU students' health level by mathematical analysis of heart rhythm variability using diagnostic equipment "Lotus". It was revealed high frequency of students with "Average" and "Bad" levels of health that is required of preventive actions.

Keywords: health, "Lotus".

Актуальность: Профилактика хронических неинфекционных заболеваний особенно эффективна в молодом возрасте, так как в этом возрасте меньше факторов риска и высоки адаптивные способности организма. Однако недостаточное количество данных о показателях здоровья студентов и лиц молодого возраста не всегда позволяет проводить профилактические мероприятия в должном объеме.

В связи с этим, целью нашей работы являлась оценка уровня здоровья у лиц молодого возраста, что позволит в дальнейшем использовать полученные в ходе исследования данные для разработки и применения более эффективных, дифференцированных методов профилактики.

Цель исследования: Исследовать уровень здоровья студентов БГМУ методом математического анализа ритма сердца.

Материалы и методы: Проведена оценка уровня здоровья методом вариационного анализа ритма сердца у 100 студентов БГМУ в возрасте от 18 до 28 лет (46 юношей, 54 девушки); 20 спортсменов спортклуба БГМУ и 20 людей контрольной группы.

Исследуемые поделены на группы:

студенты БГМУ

спортсмены спортклуба БГМУ

контрольная группа

Далее студенты БГМУ были поделены на 4 группы:

студенты до 20 лет

студенты после 20 лет

девушки

юноши

Для измерения уровня здоровья использовался метод временного и волнового анализа кардиоритма на аппарате «Лотос», позволяющий определять интегральный показатель здоровья человека на основе современных методов анализа кардиограммы. С помощью комплекса «ЛОТОС» можно за короткое время осуществлять диагностические процедуры на основе математического анализа variability сердечного ритма человеческого организма. «Лотос» позволяет: в режиме скрининга определять уровень и резервы сердечно-сосудистой системы (ССС), вегетативной и центральной регуляции (ВНС), а также оценивать отклонения этих показателей от нормы; оценивать энергетические ресурсы (ЭР) организма; оценивать психофизическое состояние пациента (ПЭС); в режиме динамического наблюдения контролировать функциональное состояние пациента и оценивать эффективность различных методов терапии при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты и обсуждение:

Таблица 1

Оценка состояния здоровья студентов БГМУ и групп сравнения

Уровень здоровья	1 группа студенты БГМУ	2 группа спортсменов спортклуба БГМУ	3 группа контроля
Средний уровень здоровья	64	82	74

Отличное здоровье	25	30	34
Хорошее здоровье	36	63	42
Среднее здоровье	29	7	23
Плохое здоровье	10	0	1
Очень плохое здоровье	0	0	0

Средний уровень здоровья в 1 основной группе студентов БГМУ 64%, во 2 группе сравнения спортсменов спортклуба БГМУ -82% , в 3 группе сравнения контроля - 74 %.

Таблица 2

Оценка состояния здоровья среди студентов БГМУ

Уровень здоровья	До 20 лет	После 20 лет	Девушки	Юноши
Средний уровень здоровья	63	65	63	66
Отличное здоровье	8	16	12	13
Хорошее здоровье	11	23	18	18
Среднее здоровье	10	22	17	12
Плохое здоровье	4	6	7	3
Очень плохое здоровье	0	0	0	0

Средний уровень здоровья в группе студентов до 20 лет 63%, в группе студентов после 20 лет -65 % . Среди девушек- 63%, среди юношей – 66%.

Таблица 3

Уровень здоровья и факторы риска студентов БГМУ

Таблица 4

Уровень здоровья и факторы риска среди студентов БГМУ

Группы	ССС	ВНС	ЭР	ПЭС	ИПЗ
1 группа студенты БГМУ	64	68	62	63	64
2 группа спортсменов спортклуба БГМУ	84	89	77	77	82
3 группа контроля	69	76	67	69	74

Из таблицы 3 видно, что наименьший показатель у студентов БГМУ это уровень энергетических ресурсов (ЭР) – 62 % на который влияет соблюдение режима дня и питания.

Наиболее сохраннный показатель - состояние вегетативной нервной системы (ВНС) – 68 %.

Сильнее снижены показатели психоэмоциональный статус (ПЭС) – 63 %, зависящий от стрессовых нагрузок и состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) – 64%, на которое влияет физическая активность.

Из таблицы видно, что наименьший показатель в группе студентов до 20 лет это уровень ССС -62%, на которую влияет физическая активность.

Наиболее сохраннный показатель - состояние вегетативной нервной системы (ВНС) – 66 %.

Группы	ССС	ВНС	ЭР	ПЭС	ИПЗ
До 20 лет	62	66	63	63	63
После 20 лет	64	69	63	64	65
Девушки	63	67	61	62	63
Юноши	65	67	65	65	66

Наименьший показатель в группе студентов после 20 лет это уровень энергетических ресурсов (ЭР)- 63%, на который влияет соблюдение режима дня и питания.

Наиболее сохраннный - состояние вегетативной нервной системы (ВНС) – 69%.

Наименьший показатель среди девушек это уровень энергетических ресурсов (ЭР)- 61%, на который влияет соблюдение режима дня и питания.

Наиболее сохраннный - состояние вегетативной нервной системы (ВНС) – 67%.

Среди юношей наиболее сохраннный показатель - состояние вегетативной нервной системы (ВНС) – 69%.

Таблица 5

Соответствие возраста и биологического возраста среди студентов БГМУ

	До 20 лет	После 20 лет	Девушки	Юноши
Календарный возраст	18	22	21	20
Биологический возраст	18	21	21	20

Среди студентов БГМУ до 20 лет биологический возраст соответствует календарному возрасту.

В группе студентов после 20 лет биологический возраст моложе календарного на 1 год.

У девушек биологический возраст соответствует календарному. У юношей – также соответствует календарному.

Выводы:

Уровень здоровья студентов БГМУ значительно ниже, чем в группах сравнения и контроля (на 18 и 10 % соответственно).

Показатели здоровья среди студентов БГМУ наиболее низкие у девушек и у лиц до 20 лет (63 и 63% соответственно).

Снижение здоровья студентов БГМУ происходит в основном из-за снижения энергетического потенциала (дисбаланса катаболических и анаболических процессов) и ухудшения психоэмоционального статуса.

Соответствие биологического возраста календарному не зависит от гендерных различий. Наблюдается несоответствие биологического и календарного возраста в группе студентов после 20 лет.

Высокая распространенность студентов БГМУ имеющих уровень здоровья «средний» и «плохой», что требует проведения профилактических мероприятий для увеличения уровня здоровья до безопасного уровня.

Ведущими факторами риска у студентов БГМУ является несоблюдение режима дня и несбалансированное питание. Вторым по значению идет хронический эмоциональный стресс. На третьем месте – гиподинамия.

Литература

1. Воробьев В.И. Исследование математико-статистических характеристик сердечного ритма как метод оценки реакции лиц разного возраста на мышечную нагрузку. Дис. канд. биолог. наук. М.: ИМБП, 1978. 178 с.
2. Воскресенский А.Д., Вентцель М.Д. Статистический анализ сердечного ритма и показателей гемодинамики в физиологических исследованиях. М.: Наука. 1974. С.221.
3. Клецкин С.З. Проблема контроля и оценки операционного стресса (на основе анализа ритма сердца с помощью ЭВМ). Дис. докт. мед наук. М.: Ин-т серд.сосуд.хирургии АМН СССР, М., 1981. 298 с.
4. Парина В.В. и Баевского Р.М... Математические методы анализа сердечного ритма... М.: Наука, 1968.
5. Парин В.В., Баевский Р.М., Волков Ю.Н., Газенко О.Г. Космическая кардиология. Л.: Медицина, 1967. С.206.

УДК 616-71

Х.Р. Искаков, М.И. Бакирова

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА НА ПРИМЕРЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ**

**Кафедра поликлинической терапии, Башкирский государственный медицинский
университет, г.Уфа**

Резюме: в данной статье рассматривается возможность количественной оценки адаптационных резервов функциональных систем организма. Методика оценивания строится на градации физиологических показателей и индексов физического развития по 5-бальной шкале для каждой функциональной системы в отдельности.

Ключевые слова: здоровье, количественная оценка, системы организма, сердечно-сосудистая система, дыхательная система.

Kh.R. Iskakov, M.I. Bakirova, S.V. Bykovsky

**QUANTITATIVE EVALUATION OF ADAPTATION PROVISION FUNCTION OF
THE BODY ON THE EXAMPLE OF RESPIRATORY AND CARDIOVASCULAR
SYSTEMS**

Department of polyclinical therapy, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: This article discusses a measure of adaptive reserves of the organism functional systems. Method of estimation is based on the gradation of physiological indicators and indices of physical development on a 5-point scale for each of the functional system separately.

Keywords: health, quantitative evaluation system of the body, cardiovascular system, respiratory system.

Актуальность: Здоровье по определению ВОЗ рассматривается как состояние полного физического, психического и социального благополучия человека [1], однако стоит отметить, что здоровье также может рассматриваться как высокий уровень адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды, а болезнь в свою очередь – как срыв этой адаптации [2].

Глобализация и повсеместное внедрение цифровых технологий предполагают перевод максимального количества областей жизни человека в понятную компьютеру форму, которой являются цифровые значения.

Цель исследования: разработать методику количественной оценки адапционных резервов функциональных систем организма.

Задачами данного исследования являются:

- анализ существующих методов количественной оценки здоровья человека;
- подобрать наиболее информативные показатели и индексы для оценки адапционных резервов функциональных систем организма;

Материалы и методы: проводился анализ существующих методов, включая методику оценки здоровья по Апанасенко Г.Л., данные спирометрических показателей. Получаемые показатели и индексы приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели и индексы, получаемые для количественной оценки адапционных резервов функциональных систем организма

Функциональная система организма	Методы исследования	Функциональные индексы
Сердечно-сосудистая	измерение АД методом Короткова на предплечье и лодыжке	индекс Робинсона
	подсчет ЧСС	плече-лодыжечный индекс
Дыхательная система	измерение ЖЕЛ	жизненный индекс
	измерение ОФВ1	индекс Тиффно
	измерение массы тела	

Получаемые результаты анализируются в соответствии с начальной концепцией и интерпретируются для процентной и балльной градации. Для индексов с гиперболическим графиком показателей используется один период значений, а для индексов с параболическим графиком показателей используются по два периода значений по обе стороны от оптимума.

Графики для индекса Робинсона, жизненного индекса и индекса Тиффно будут иметь форму гиперболы, а график для плече-лодыжечного индекса будет иметь несимметричную параболическую форму.

Результаты и обсуждение: ниже приведены графики для индекса Тиффно и для плече-лодыжечного индекса.

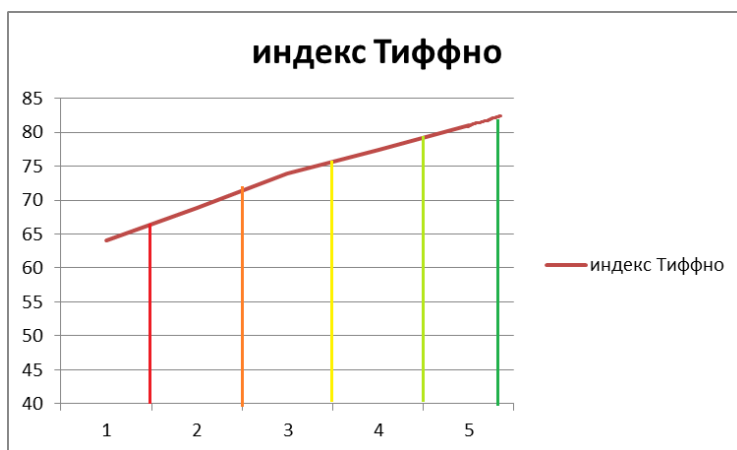


Рис 1. График оценки индекса Тиффно

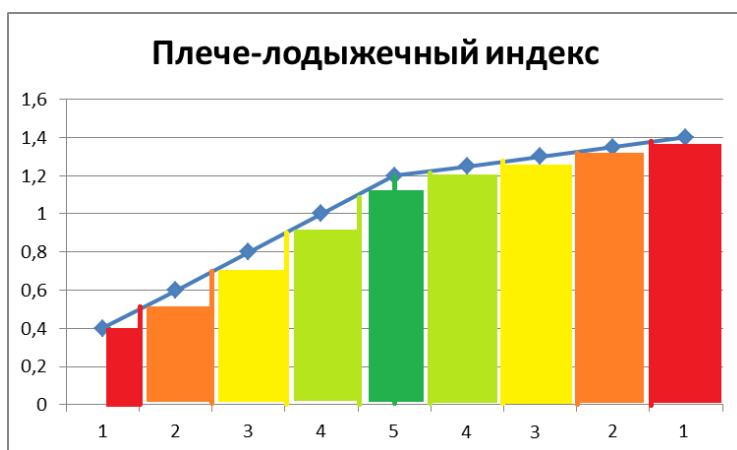


Рис 2. График оценки плече-лодыжечного индекса

На данных графиках можно заметить зависимость оценки от показателя. Более конкретные данные для интерпретации представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2.

Зависимость оценки от показателя индекса Тиффно

Показатель	<60%	60-65%	65-70%	70-75%	>75%
Оценка	1	2	3	4	5

Таблица 3.

Зависимость оценки от показателя плече-лодыжечного индекса

Показатель	<0,5; >1,4	<0,65; >1,35	<0,8; >1,3	<0,9; >1,25	<1,0; >1,2
Оценка	1	2	3	4	5

Таким образом получается интегральная оценка, образуемая в результате вычисления среднего арифметического значения для 2 индексов применимо к каждой из функциональных систем организма.

Заключение: данные индексы являются наиболее простыми для подсчета и анализа, при том отражая состояние функциональных систем организма. Важно отметить, что данная методика разрабатывается для применения в основе создания нового программно-аппаратного диагностического комплекса для количественной оценки адаптационных резервов функциональных систем организма человека.

Литература

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А.. Медицинская валеология / Серия «Гиппократ». Ростов н/Д.: Феникс— 248 с., 2000
2. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е изд., доп., перераб. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
3. Устав Всемирной организации здравоохранения.
4. http://lotos.dyn.ru/products/products_main/preamble/4/products_static/
5. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Здоровье>

УДК 621

И.Ф. Муллаяров

**РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

Резюме: Существуют множество методов оценки и расчета эффективности функционирования систем. Одним из часто используемых, в таких системах, методом является цепь Маркова. В ходе данной работы было спроектировано приложение для расчета эффективности функционирования систем на основе цепей Маркова.

Ключевые слова: проектирование, лечебно-диагностический процесс, цепь Маркова, эффективность.

I.F. Mullayarov

**DEVELOPMENT OF THE PROGRAM ANALYSIS AND EVALUATION OF THE
DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS**

Ufa State Aircraft Technical University, Ufa.

Abstract: There are many methods for assessing and calculating the effectiveness of the systems. One frequently used in such systems, the method is a Markov chain. In the course of this work it was designed by the application for calculation of efficiency of functioning based on Markov chain systems.

Keywords: design, diagnostic and treatment process, Markov chain, efficiency.

Цель исследования: изучение и анализ эффективности функционирования систем на основе лечебно-диагностического процесса.

Задачи:

1. Изучить существующие методы расчета эффективности систем;
2. Спроектировать процесс расчета эффективности систем;
3. Разработать программное обеспечение для расчета эффективности функционирования систем.

Так же отдельно стоит рассмотреть возможность перепрограммирования под медицинскую экспертную систему.

Аналоги. На данный момент в мире существует множество экспертных систем в различных областях деятельности человека. Экспертные системы служат помощниками для специалистов узкого профиля. Например, для медицины такие программы являются

ассистентами врачей, помогающие проанализировать все собранные о пациенте данные для их обоснованной интерпретации.[1]

Одна из подобных систем - EasyDiagnosis компании MatheMEDics. Данная система является бесплатным англоязычным сервисом, где предоставляется возможность установить диагноз болезни или причины недомогания при помощи теста. Выбрав одну из 19 категорий, например "Cough" (кашель), пользователю для продолжения необходимо согласиться с тем, что данный сервис не обеспечивает профессионального диагностирования, и предпочтительно обращение к врачу; кроме того сервис предупреждает пользователя что при вводе неверных данных, диагноз не может быть определен верно. После принятия условий сервиса пользователем, открывается окно с тестом, где необходимо указать свой пол и возраст и затем приступить к ответам на вопросы.[2, 3]

После того как все вопросы пройдены (их количество варьируется в зависимости от болезни), появляется диаграмма, где в процентном соотношении предоставляется вероятность наличия той или иной болезни.

Результаты и обсуждения. Предлагаемое приложение для расчета эффективности функционирования систем предназначено для построения причинной модели функционирования исследуемой системы и получения конечных критериев ее эффективности. В основу программы были положены следующие методы:

1. Метод построения одиночной модели функционирования системы в виде Марковской цепи с поглощающими состояниями.
2. Метод матричного представления модели.
3. Метода матричного сокращения.[4]

Марковские цепи - последовательность случайных событий с конечным или счётным числом исходов, характеризующаяся тем свойством, что, говоря нестрого, при фиксированном настоящем будущее независимо от прошлого. Для данной программы была выбрана цепь с поглощающими состояниями. Поглощающее состояние — состояние, из которого нельзя попасть ни в какое другое. Поглощающей («absorbingchain») называется Марковская цепь, в которой есть хотя бы одно поглощающее состояние и из любого состояния достижимо хотя бы одно поглощающее.

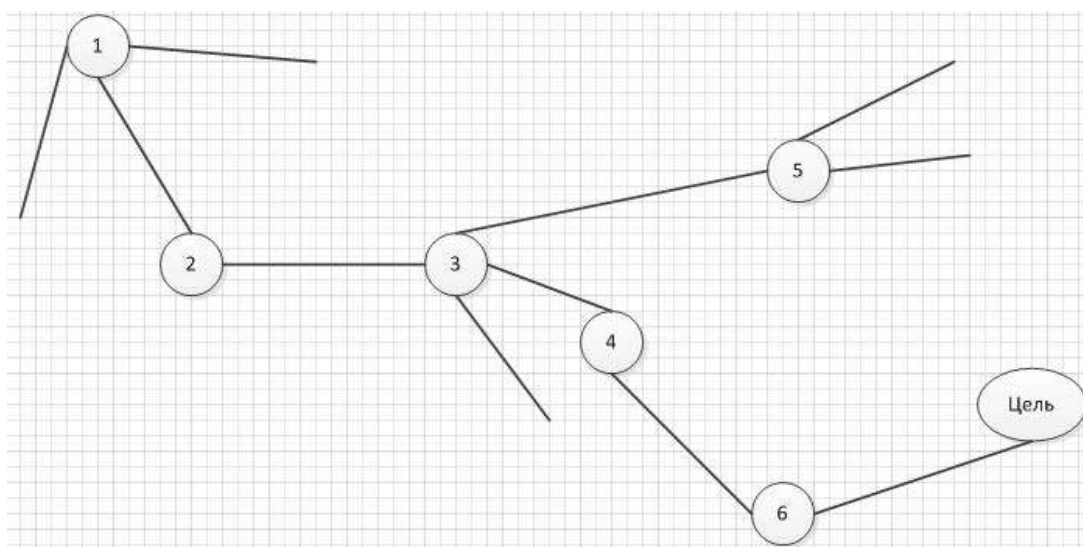


Рисунок 5. Марковская цепь с поглощающими состояниями

К примеру, на рис. 1 поглощающими состояниями являются 2, 4 и 6. Остальные состояния являются непоглощающими.

В случае медицинского использования программы, то состояниями в цепи могут быть использованы симптомы болезней, а целью же могут являться диагноз и лечение исследуемой болезни.

Расчет вероятностей достижимости цели («диагностирования болезни») осуществляется методом обобщенного сокращения вершин в матрице переходных вероятностей.

На основе вышеперечисленных методов был спроектирован процесс использования приложения для расчета эффективности функционирования систем. На рис. 2 представлена мнемосхема данного процесса.

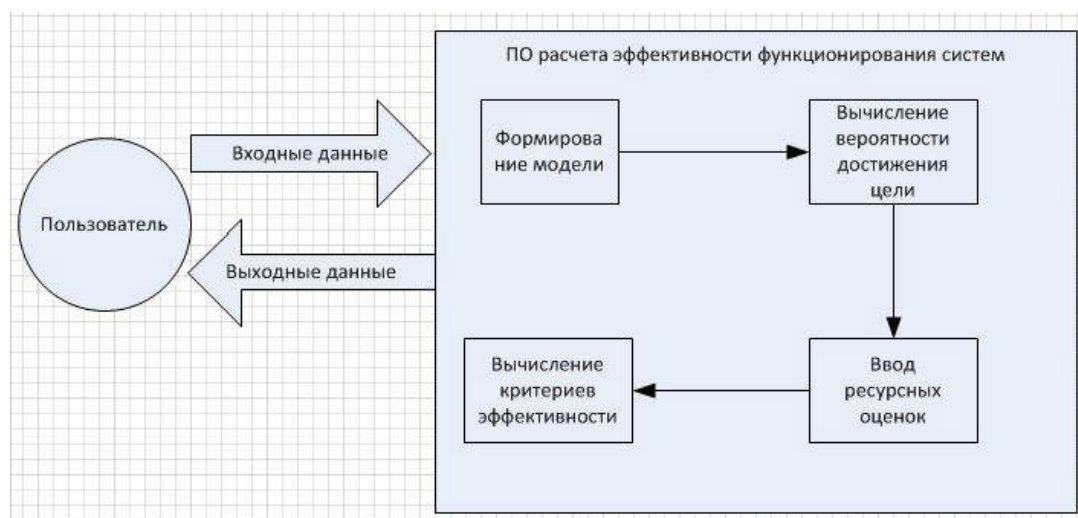


Рисунок 6. Мнемосхема предлагаемого процесса

Пользователь в ходе диалога с программой вводит на матрицу переходов между состояниями. После приложение формирует модель причинно-следственной связи на основе вводимых данных. Далее производится расчет переходных вероятностей и ресурсных оценок с помощью метода обобщенного сокращения вершин. Позже производится расчет критериев эффективности системы, так же на основе метода обобщенного сокращения вершин. Результат выводится пользователю в виде вероятностей достижимости и недостижимости цели.

Вывод: в ходе данного исследования и анализа литературы было спроектировано приложение для оценки и расчета эффективности функционирования систем. Приложение может быть использовано как экспертная система для помощи врачам в ходе лечебно-диагностического процесса.

Литература

1. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4013>
2. <http://www.easydiagnosis.com>
3. <http://tpl-it.wikispaces.com/Экспертные+системы+в+медицине>
4. Причинный анализ для принятия решений: учебное пособие. Л.М. Бакусов, Р.В. Насыров, Е.Г. Лебедев; УГАТУ, Уфа, 1993 год.

УДК: 611.977

А.И. Насифуллин, А.Е. Стрижков

**МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СООТНОШЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ
ЛОКАЛЬНОЙ КОНСТИТУЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С БАЗОВЫМИ
ПРИЗНАКАМИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ У ЛЮДЕЙ
ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Кафедра анатомии человека имени профессора С.З. Лукманова,
Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)**

Резюме: проведено антропометрическое обследование лиц юношеского возраста, выявлены особенности строения и установлены формальные зависимости между отдельными параметрами руки и кисти в частности.

Ключевые слова: антропометрия, кисть, статистический анализ.

A.I. Nasifullin, A.E. Strizhkov

**MATHEMATICAL MODELING OF THE RATIO OF PARAMETERS OF THE
LOCAL CONSTITUTION OF THE UPPER EXTREMITY WITH THE BASIC
MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE CONSTITUTION AT THE YOUTHFUL AGE.**

**Department of human anatomy named after S.Z. Lukmanov,
Bashkir state medical university (Ufa, Russia)**

Resume: Performed anthropometric measurements, revealed correlations and specialties in the development of the hand and wrist in particular.

Keywords: anthropometry, hand, statistical analysis.

Актуальность исследования. Антропометрия - совокупность методов и приемов оценки морфологических особенностей человеческого тела. Антропометрия помогает выявить закономерности развития организма, полноценность его развития, предрасположенность к занятию какими-либо видами спорта. Благодаря ей можно выявлять некоторые заболевания. Также стоит отметить, что антропометрия, может быть признаком развития психических заболеваний. Мы рассматривали именно руки человека т.к. в руке человека присутствует большое количество костей, которые легко поддаются измерению и дальнейшему анализу полученных результатов.

Цель: произведение антропометрических измерений, выявление корреляций и особенностей в развитии руки и кисти в частности. На основании результатов проведенных

антропометрических измерений парней и девушек студентов БГМУ в возрасте 18 -21 год, и дальнейшей их статистической обработке в программе Excel.

Материалы и методы: Объектом исследования являлись 30 парней и девушек. Измерения проводились среди студентов БГМУ. Измерения проводились с помощью стандартного антропометрического инструментария: сантиметровая лента, штангенциркуль, весы. Результаты измерений регистрировали в специально разработанных протоколах, содержащих персональные данные и размерные характеристики тела. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи электронных таблиц MS Excel 9,0

Длина тела измеряется в вертикальной плоскости от верхушечной точки до пола.

Длина верхней конечности измеряется от плечевой точки (наиболее выступающей наружу точке на крае акромиона лопатки) до пальцевой точки (на конце третьего пальца), при этом руки должны быть параллельны туловищу (по швам)

Длина плеча измеряется от большого бугорка плечевой кости до локтевого отростка при этом рука должна находиться в согнутом положении.

Длина предплечья:

А) по локтевой кости – от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости

Б) по лучевой кости – от верхнего края головки лучевой кости до шиловидного отростка лучевой кости

Ширина кисти измеряется в области головок пястей от 2 пальца до 5.

Длина кисти измеряется от кончика 3 пальца при его максимальном отведении до проекции 3 пястной кости на дистальную ладонную складку.

Масса тела измерялась на медицинских весах с точностью до 50 гр.

Результаты и обсуждение. После проведения антропометрических измерений в программе Excel при проведении статистического анализа данные группировались по нескольким группам, такие как: парни – девушки, городские – сельские, люди имеющие постоянное хобби – без него.

После группировки выявились следующие интересные корреляции:

Сельские :

Рост - 1 палец правой руки проксимальная фаланга: 0,919554

Рост – 4 палец левой руки проксимальная фаланга: 0,921724

Люди без хобби:

Рост – 2 палец левой руки проксимальная фаланга: 0,901004

Вес - 2 палец левой руки проксимальная фаланга :0,96042

Вес – 3 палец правой руки длина дистальных фаланг: 0,903686

Длина предплечья по локтевой кости правой руки – 5 палец левой руки длина дистальных фаланг: -0,96827

Длина правой руки - 4 палец левой руки длина дистальных фаланг: 0,928209

Таблица 1. Количество корреляций по группам

Группа	Количество высоких корреляций (<0,9)
Парни	10
Девушки	12
Сельские	57
Городские	29
С хобби	53
Без хобби	67

Таким образом, на основе полученных данных можно сделать следующие выводы. Например, что наименьшие изменения в развитии руки имеют люди, которые не имеют хобби, то есть воздействие внешних факторов на них минимальна и развитие кисти естественна у данных людей, также минимальна асимметрия верхних конечностей или же вообще отсутствует. Также соотношение корреляций городских/деревенских говорит о более полноценном развитии кисти у сельских ввиду более больших физических нагрузок, присутствует асимметрия, ведущая рука более длинная по сравнению с другой. Так как верхние конечности жителей села имеют более высокие антропометрические показатели, кисти у них более сильные. Данный вывод можно сделать из работ Щедриной М.А. Чаще всего с другими признаками коррелируют проксимальные фаланги, то есть они находятся в более большой корреляционной зависимости по сравнению с другими признаками. Наличие корреляций дальних признаков таких, как вес и длина пальцев дает повод продолжить исследования в данной области и попробовать выяснить, с чем это может быть связано.

Заключение и выводы:

1. Линейные размеры длины верхней конечности жителей сельской местности достоверно больше, чем аналогичны размеры у жителей города
2. У жителей сельской местности более сильно выражена асимметрия, что связано с более сильными физическими нагрузками
3. У анкетированных с отсутствием хобби наблюдалась линейная симметричность верхних конечностей, или незначительная асимметричность

4. Морфологические различия жителей сельской местности и города объясняются данными литературы ^[4]

Литература

1. Бунак В.В. Антропометрия: практический курс: пособие для ун-тов. – М.: Учпедгиз, 1941. – 10-25 с.
2. Зайцев В.М., Лифляндский В. Г., Маринкин В. И. Прикладная медицинская статистика Фолиант, 2006 – 233-237с.
3. Сапин М.Р. Анатомия человека т.1 «Медицина» Москва, 1993 –184 - 187с.
4. Щедрина М.А. «Зависит ли сила кисти от ее антропометрических характеристик и распределения нагрузки на зоны кисти в процессе захвата?» Медицинские науки №9, 2013 – 175-177с.

УДК 681, 615.47

А.В. Сергеев

**РАЗРАБОТКА МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ МОНИТОРИНГА
ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ**

Резюме. В статье рассматривается разработка мобильного приложения мониторинга физической активности пользователя. Предложена мнемосхема процесса использования приложения. Разработан макет приложения для ОС Android.

Ключевые слова. Шагомер, физическая активность, мобильные платформы, приложение.

A.V. Sergeev

**THE DEVELOPMENT OF MOBILE APPLICATIONS FOR MONITORING THE
PHYSICAL ACTIVITY OF THE USER**

Abstract. The article discusses the development of a mobile monitoring application of physical activity of the user. Proposed a mnemonic scheme of application use process. Developed application layout for OS Android.

Keywords. Pedometer, physical activity, mobile platforms, application.

Актуальность. Ходьба – один из самых естественных и эффективных видов физической активности. Проблема заключается в том, чтобы понять достаточную ли физическую нагрузку получает человек. Полноценной физической нагрузкой считается не менее 10000 шагов в день. Однако человек не может быть постоянно сосредоточен на подсчете совершаемых шагов. Для выполнения данной задачи следует использовать шагомер.

Цель исследования. Целью данной работы является разработка мобильного приложения для мониторинга физической активности пользователя. Для этого были выделены следующие задачи:

- Разработать мнемосхему нового процесса
- Разработать исследовательский прототип приложения

Обзор аналогов. Идея шагомера в смартфоне не нова. С развитием технологий стало возможным установить подобное приложение практически на любой смартфон. На сегодняшний день существует множество подобных программ, однако функции у них примерно одинаковые. Рассмотрим наиболее известные аналоги приложения.

1. NoomWalk[1]

Простой шагомер. Требуется G-сенсор на смартфоне, отвечающий за положение в пространстве. Данное приложение не считает средний темп. Также содержит рекламные баннеры, поскольку приложения распространяется бесплатно.

2. Moves[2]

Считает количество шагов, общий километраж, места остановок. Требуется создания учетной записи для доступа к сервису. Без неё приложение работать не будет. Также постоянно работает геолокация, что может приводить к преждевременному разряду батареи.

Результаты и обсуждение. Предлагается разработать приложение-шагомер с учетом проведенного анализа существующих аналогов. Мнемосхема предлагаемого процесса выглядит следующим образом:

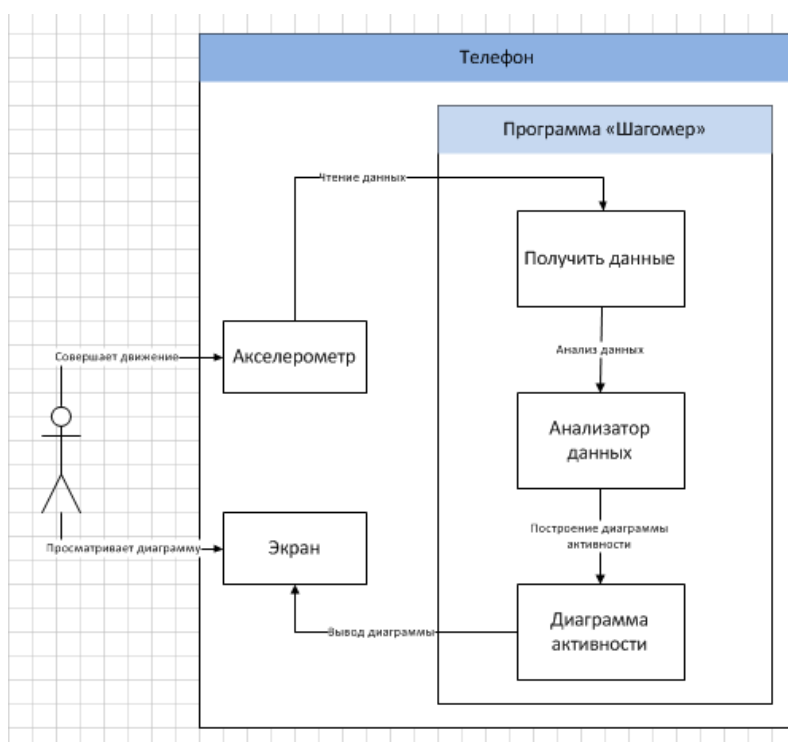


Рисунок 1 – Мнемосхема предлагаемого процесса

Был разработан макет приложения, демонстрирующий процесс сбора данных об активности пользователя.

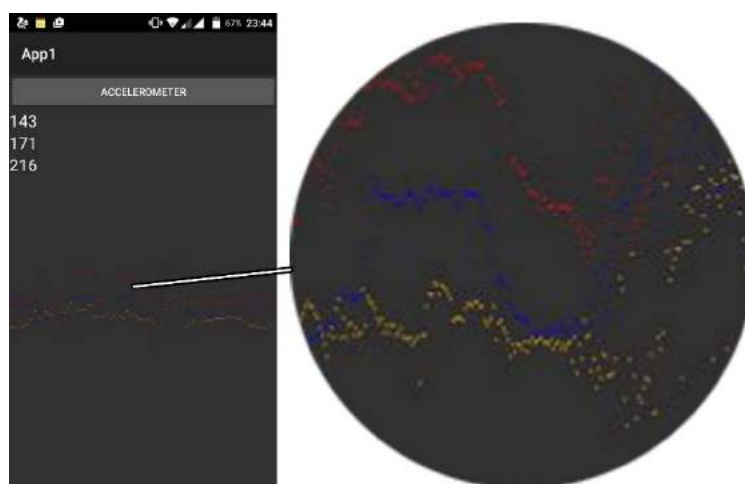


Рисунок 2 – Макет разрабатываемого приложения

В результате была разработана мнемосхема нового процесса, диаграмма прецедентов использования приложения, а также макет приложения.

Литература

1. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.noom.walk>
2. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.protogeo.moves>

УДК 612.821

Д.И. Сидо, М.В. Фролова

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА СНА, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КОГНИТИВНЫХ
ФУНКЦИЙ И ВРЕМЯПРЕПРОВОЖДЕНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: в работе показана взаимосвязь качества сна, когнитивных функций, качества жизни и времяпрепровождения в сети интернет. В группе с плохим качеством сна уровень низких когнитивных функций оказался в 5,6 раз выше в отличие от группы с хорошим качеством сна (42,9% vs. 7,7%, $p < 0,001$), длительная активность в сети в группе с плохим качеством сна была в 11,4 раза выше, чем в группе с хорошим качеством (58,9% vs. 5,1%, $p < 0,001$). Уровень качества жизни большинства респондентов группы с нарушениями сна находился в диапазоне «низкий-средний» ($p = 0,004$), в то время как большая часть респондентов группы, не имеющей проблем со сном, отмечала уровень качества жизни как «высокий» или «выше среднего» ($p < 0,001$).

Ключевые слова: качество сна, когнитивные функции, интернет, качество жизни, студенты медицинского вуза.

D.I. Sido, M.V. Frolova

**THE RELATIONSHIP BETWEEN SLEEP QUALITY, QUALITY OF LIFE,
COGNITIVE FUNCTIONS AND TIME SPENT ON THE INTERNET AMONG MEDICAL
STUDENTS**

**Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Bashkir State Medical University,
Ufa**

Abstract: the relationship between sleep quality, quality of life, cognitive functions and time spent on the Internet among medical students is shown in the current study. In the group with poor quality of sleep the level of lower cognitive functions was in 5.6 times higher in contrast to the group with good sleep quality (42.9% vs. 7.7%, $p < 0.001$), excessive Internet usage in the group with poor sleep quality was in 11.4 times higher than in the group with good one (58.9% vs. 5.1%, $p < 0.001$). The life quality level of the majority of respondents in sleep-deprived group was in the range of "low-medium" ($p = 0.004$), while the majority of respondents in non-sleep-deprived group found their life quality level as "high" or "above average" ($p < 0.001$).

Key words: sleep quality, cognitive functions, internet, quality of life, medical students

Актуальность. На сегодняшний день Интернет предоставляет рядовому пользователю широчайшие возможности коммуникации, получения и передачи информации практически любого типа. Однако исследования показывают, что чрезмерное использование компьютера может привести к нарушениям сна и снижению успеваемости [2]. Имеются сведения, что качество сна взаимосвязано с физическим и умственным здоровьем студентов, а также их работоспособностью [3].

Цель исследования: изучить взаимосвязь качества сна, когнитивных функций, качества жизни и времени, проведенного в сети интернет, у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Данное одномоментное исследование проводилось среди студентов 3 курса лечебного факультета БГМУ в ноябре 2015 г. В исследовании приняли участие 100 студентов, 5 из них заполнили анкеты не полностью и поэтому были исключены из дальнейшего исследования. В исследование были включены 70 девушек (73,7%) и 25 юношей (26,3%). В исследовании использовались стандартизированные и валидизированные опросники: WHOQOL-BREF для общей оценки качества жизни, Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI). Кроме того, авторами частично использован опросник самооценки когнитивных функций. Перед заполнением опросников респондентам была предложена анкета, составленная авторами, касающаяся времяпровождения в сети интернет и хронотипов. По результатам Питтсбургского опросника 95 респондентов были разделены на 2 группы: в группу I вошли студенты, имеющие высокий индекс качества сна 0-5 баллов ($n=39$), в группу II – студенты с низким качеством сна – 6 баллов и более ($n=56$). Средний возраст испытуемых составил $20,1 \pm 1,5$ года.

Статистический анализ. Описательная статистика использовалась для построения распределения частот. Статистическая достоверность вычислялась при помощи программы Fisher'sExactTest. Значимыми считались различия с $p < 0,05$. Для выявления связей между факторами применялся корреляционно-регрессионный анализ с использованием статистической программы SPSS (версия 17.0).

Результаты и обсуждение. Результаты данного исследования указывают на значимую взаимосвязь плохого качества сна, долгого времяпрепровождения в интернете и низкого уровня качества жизни и когнитивных функций. Анализ качества сна показал, что в I группе 25,6% исследуемых отмечали нормальный сон продолжительностью более 7 часов, 64,1% - 6-7 часов и 10,3% - 5-6 часов. В группе II количество часов сна за ночь у 1,8% исследуемых составило более 7 часов ($p < 0,001$), у 19,6% - 6-7 часов ($p < 0,001$), 60,7% респондентов

отмечали сон продолжительностью 5-6 часов ($p < 0,001$). Время отхода ко сну у 64,1% студентов в группе I соответствует приблизительно 24.00 (в группе II 19,6%, $p = 0,003$), у 10,3% – 01.00 (в группе II 60,7%, $p < 0,001$). Сонливость днем испытывают 23% исследуемых из группы I, в группе II данный показатель составляет 73,2%, $p < 0,001$. Характеристика хронотипов в исследуемых группах представлена на рис.1, из которого видно, что среди студентов группы II преобладает вечерний хронотип («совы») –58,9%.

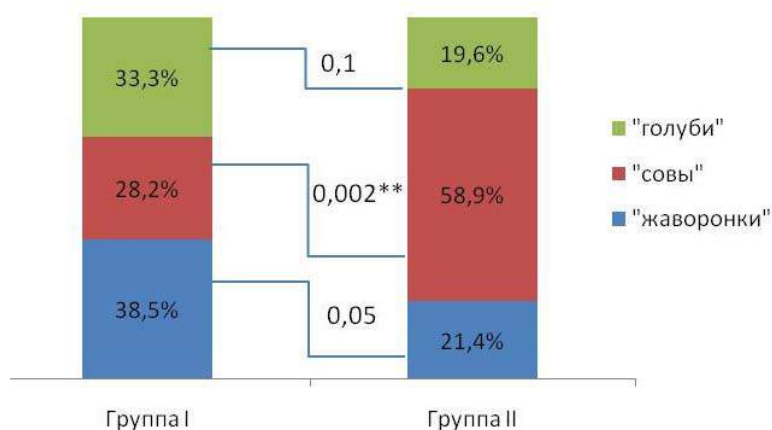


Рис.1. Процентное соотношение хронотипов в исследуемых группах

Ряд исследований [4,5] показывает, что у «сов» отмечается худшее качество сна по сравнению с «жаворонками». Анализ когнитивных функций (рис.2) выявил, что в группе II уровень низких когнитивных функций оказался в 5,6 раз выше в отличие от группы I (42,9% vs. 7,7%, $p < 0,001$).

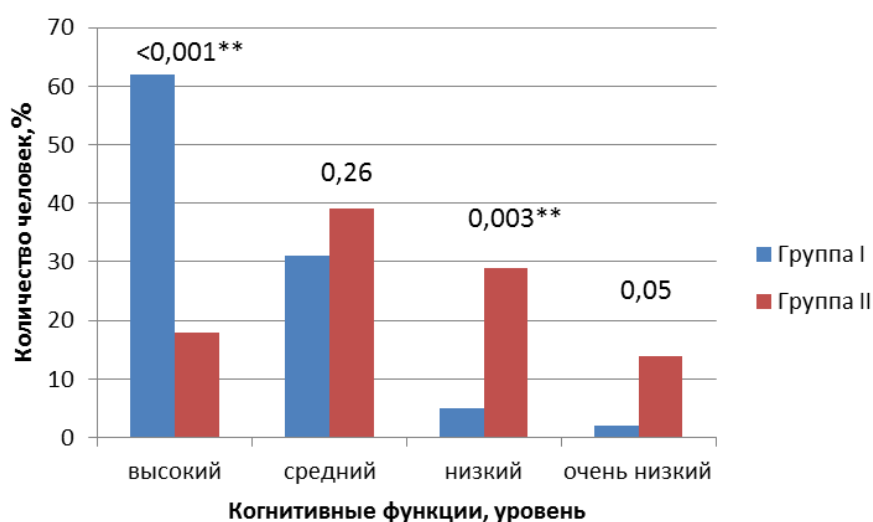


Рис.2. Распределение уровня когнитивных функций исследуемых групп

Некачественный и недостаточный сон может влиять и на успеваемость, поскольку играет важную роль в координировании процессов формирования памяти. В состоянии бодрствования происходят процессы, обеспечивающие внимание и кодирование информации, тогда как закрепление происходит во время сна [1].

Анализ данных о глобальной сети показал, что все 95 респондентов имеют аккаунт в одной из популярных социальных сетей в России - «ВКонтакте», причем долгое времяпрепровождение в сети интернет (рис.3) в группе I в 11,4 раза ниже, чем в группе II (5,1% vs. 58,9%, $p < 0,001$). Чрезмерное использование интернета, в особенности ночью, также может приводить к нарушению паттернов сна, что проявляется сонливостью днем.

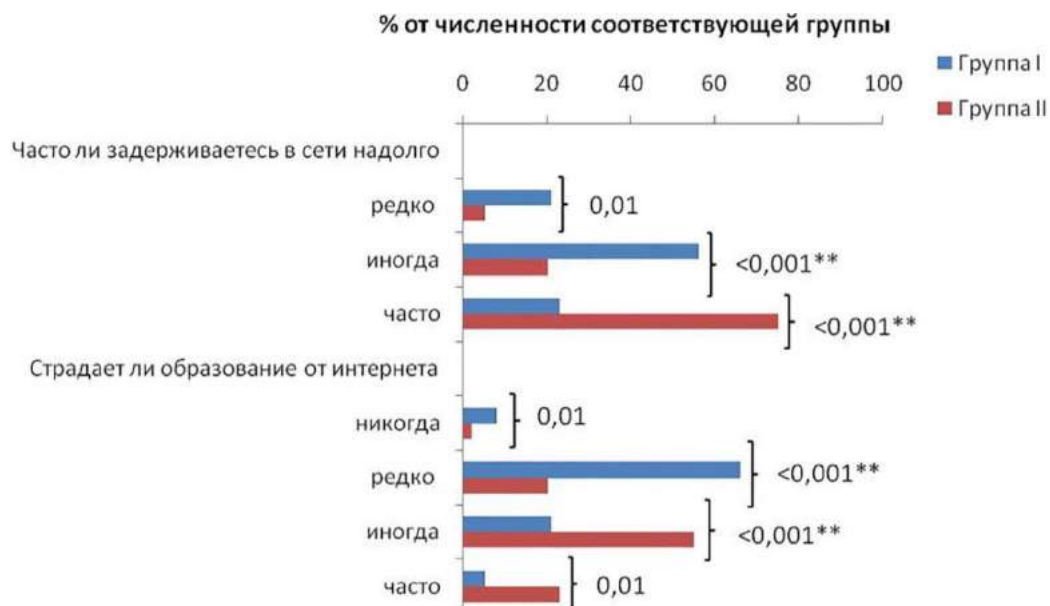


Рис.3. Характеристика времяпрепровождения в сети интернет исследуемых групп

При анализе качества жизни (рис.4) было выявлено, что уровень качества жизни большинства исследуемых группы II находился в диапазоне «низкий-средний» ($p=0,004$), в то время как большая часть респондентов группы I отмечала уровень качества жизни как «высокий» или «выше среднего» ($p < 0,001$).

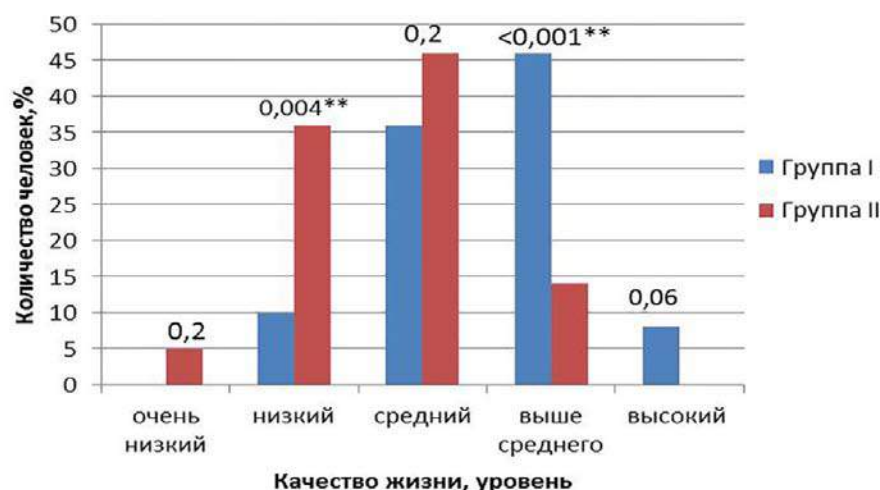


Рис.4. Распределение уровня качества жизни исследуемых групп

Корреляционный анализ (рис.5) выявил достоверные положительные связи между уровнем когнитивных функций и качеством сна ($p < 0,001$).

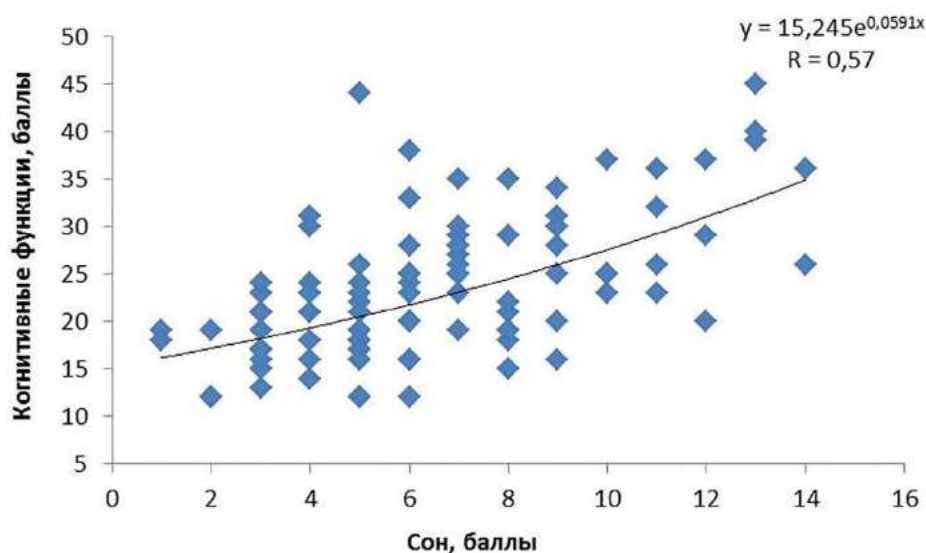


Рис.5. Взаимосвязь уровня когнитивных функций и качества сна

Для успешности учебной деятельности целесообразно учитывать индивидуальные особенности студентов (хронотипы) при организации учебного процесса: зачеты, коллоквиумы и пр. следует проводить в утренние часы. Для улучшения уровня качества сна следует придерживаться рекомендаций по гигиене сна. Для преодоления возможной зависимости от электронных устройств и технологий необходимо придерживаться цифровой диеты, которая способна свести использование современных технологий к разумным и комфортным для каждого пределам.

Выводы:

1. Студенты с плохим качеством сна и длительной активностью в сети интернет имеют более низкий уровень когнитивных функций.
2. Низкий индекс качества сна взаимосвязан с низким уровнем качества жизни.

Литература

1. Петров А. М. Нейробиология сна: современный взгляд: Учебное пособие / Петров А.М., Ганиатуллин А.Р. – Казань: КГМУ, 2012. – 109 с.
2. Mesquita G., Reimao R. Quality of sleep among university students // *ArqNeuropsiquiatr.* - 2010. - Vol.68. - N5. – P.720-725.
3. Mirghani H. et al. Good sleep quality is associated with better academic performance among Sudanese medical students // *BMC Res Notes.* - 2015. - Vol.8. - P.706-710.
4. Rique G.L. et al. Relationship between chronotype and quality of sleep in medical students at the Federal University of Paraiba, Brazil // *Sleep Science.* – 2014. - Vol.7. – P.96-102.
5. Selvi Y, Aydin A. et al. Comparison of dream anxiety and subjective sleep quality between chronotypes // *Sleep Biol Rhythms.* - 2012. - Vol.10. – P.14-22.

УДК 681, 615.47

А.М. Сунарчин

**АВТОМАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ДИСТАНЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ
ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ**

Уфимский государственный авиационный университет, г.Уфа

Резюме. В данной статье приведены результаты разработки системы для сбора данных и расчёта физической активности пользователя.

Ключевые слова: разработка системы, сбор данных, расчёт физической активности.

A.M. Sunarchin

AUTOMATIC PROCESSING OF PHYSICAL ACTIVITY REMOTE USER.

Ufa State Aircraft Technical University, Ufa

Abstract. This article presents the results of the development of the system for data collection and calculation of physical activity of the user.

Keywords: system development, data collection, calculation of physical activity.

Цель исследования: является разработка системы обработки физической активности человека. Для достижения данной цели были поставлены задачи.

Задачи:

- 1) изучить методы обработки статистических данных;
- 2) составить мнемосхему процесса обработки данных;
- 3) реализовать процесс обработки данных.

Аналоги. Аналогом данной системы является WalkLogger [1]. Шагомер для операционных систем iOS и Android, который позволяет следить за физической активностью пользователя.

WalkLogger позволяет:

- 1) Подсчёт шагов
- 2) Подсчёт общей дистанции
- 3) Расчёт затраченных калорий (нетто калорий)
- 4) Ведения журнала активности с подробной информацией за каждую сессию.

Также похожей системой расчёта физической активности может служить сайт «Технология здоровой жизни» раздел «Коэффициент физической активности» [2].

Данный проект позволяет рассчитать коэффициент физической активности человека.

Коэффициент физической активности — это отношение среднесуточных затрат энергии человека к затратам энергии в состоянии покоя, так называемой величине основного

обмена. Он применяется для оценки достаточности движений при том или ином образе жизни.

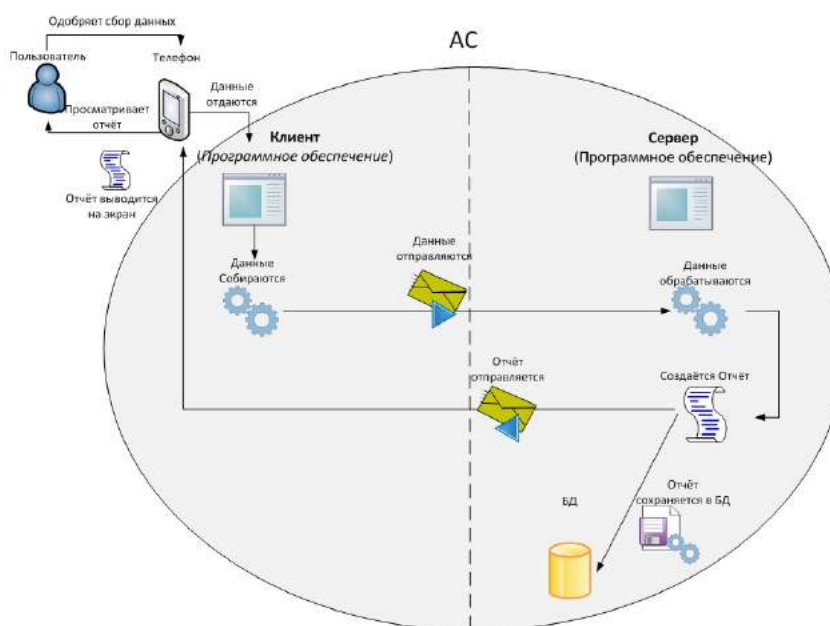
Данные вводятся вручную в специально выделенные для этого формы. Для расчета используются типичное для человека распределение времени суток по видам деятельности и существующие оценки затрат энергии на них, выраженные как коэффициент к величине основного обмена. Величина основного обмена зависит от физических данных человека, а коэффициент физической активности — от его образа жизни.

Результаты и обсуждение. Предлагается создать автоматизированную систему сбора и подсчёта данных о физической активности человека (например данные о том сколько человек прошёл шагов за сутки) и по этим данным вычислить коэффициент физической активности. Мнемосхема процесса представлена на рисунке 1.

Предлагаемое решение имеет существенные отличия от аналогов:

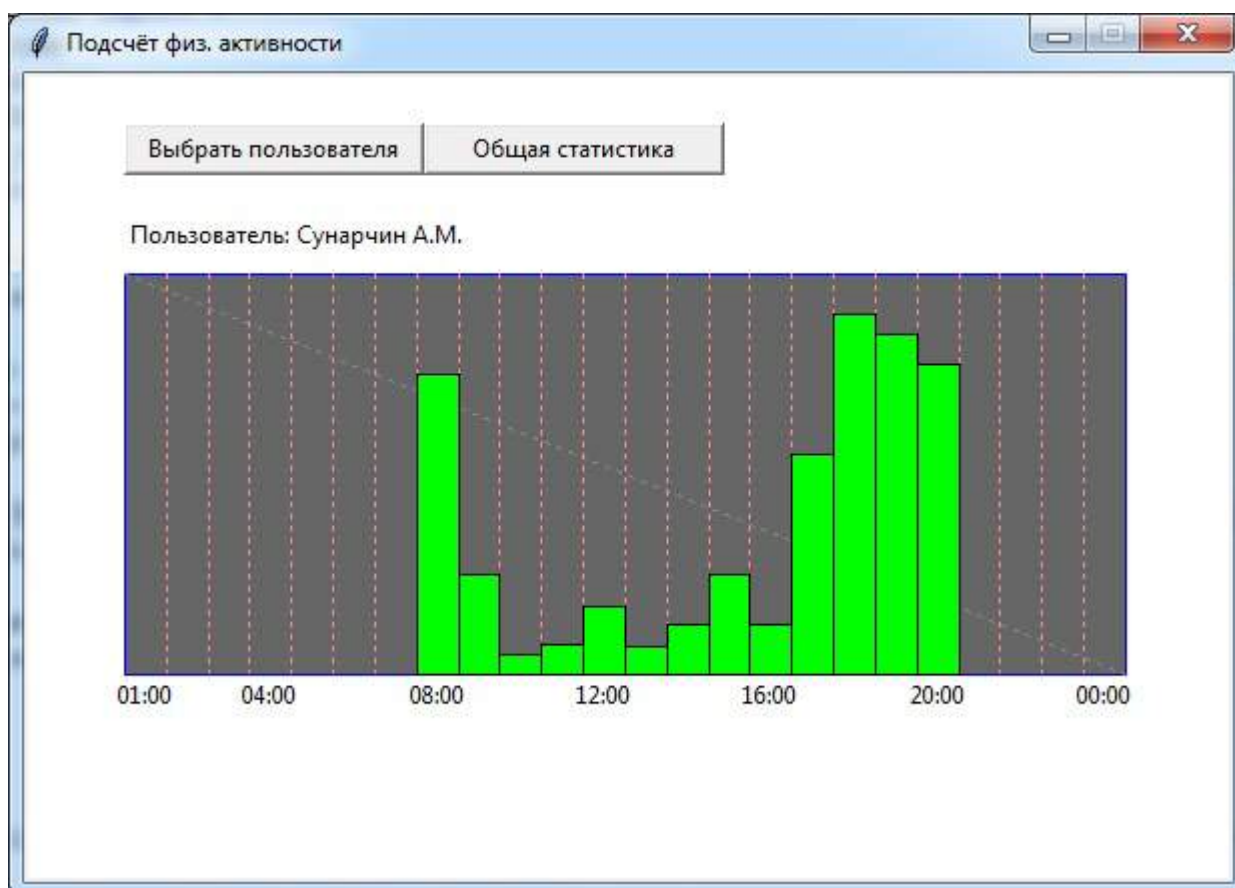
- Возможность обработки данных не только одного человека.
- Позволяет очень точно определить суточную активность пользователя.

Рис. 7. Мнемосхема процесса



Разработка представляет собой экранную форму, представленную на рисунке 2. На данной стадии разработки есть возможность посмотреть суточную и общую физическую активность пользователя.

Рис. 2. Статистика за сутки



Выводы:

В ходе исследования была достигнута поставленная цель и выполнены задачи, а именно изучены методы обработки статистических данных, составлена мнемосхема и разработана система.

Литература

1. <http://walklogger.com>
2. <http://www.mhlife.ru/fitness/motion/pal.html>

УДК 616.24-002.153

А.Т. Хайруллин

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. В работе представлены данные больных и умерших с внегоспитальной пневмонией. Выявлены изменения различных показателей (температура, ЧД, сатурация, гемоглобин, САД, ДАД, ЧСС, лейкоциты, рентгенография). Сделаны соответствующие выводы.

Ключевые слова. Внегоспитальная пневмония, история болезни, карта случая внегоспитальной пневмонии.

A.T. Khayrullin

MODEL FORECAST COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Department of propedeutics of internal diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The work presents information of patients and deaths from community-acquired pneumonia. The changes of various parameters (temperature, BH, saturation, hemoglobin, SBP, DBP, HR, leukocytes, radiography). Corresponding conclusions.

Keywords. Community-acquired pneumonia, medical history, card cases community-acquired pneumonia.

Актуальность. В настоящее время имеет большое значение проблемы здоровья, касающийся дыхательной системы. Одним из таких заболеваний является пневмония. Пневмония – воспаление легочной ткани, развивающийся на фоне респираторной инфекции. Вызывают этот процесс бактерии, вирусы, грибки и простейшие. Чаще всего пневмонии подвергаются люди с ослабленным иммунитетом, люди, имеющие сопутствующие заболевания (хронические болезни легких, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и др.), больные недавно перенесшие хирургические операции, пожилые люди. Методами диагностики является рентгенологическое исследование легких, исследование мокроты. Основной метод – антибактериальная терапия. В мире болеют пневмонией около 450 млн человек, 7 млн из них заканчиваются летальным исходом.

Цель работы. Разработать прогностическую модель течения внегоспитальной пневмонии с использованием клинических данных полученных в момент госпитализации пациентов.

Материалы и методы. В исследовании были взяты 25 истории болезней у больных и умерших от внегоспитальной пневмонии в отделении интенсивной терапии и пульмонологии городской клинической больницы №21. Для каждого пациента была создана карта случая внегоспитальной пневмонии, куда вводились данные, взятые из истории болезни.

Результаты и обсуждение.

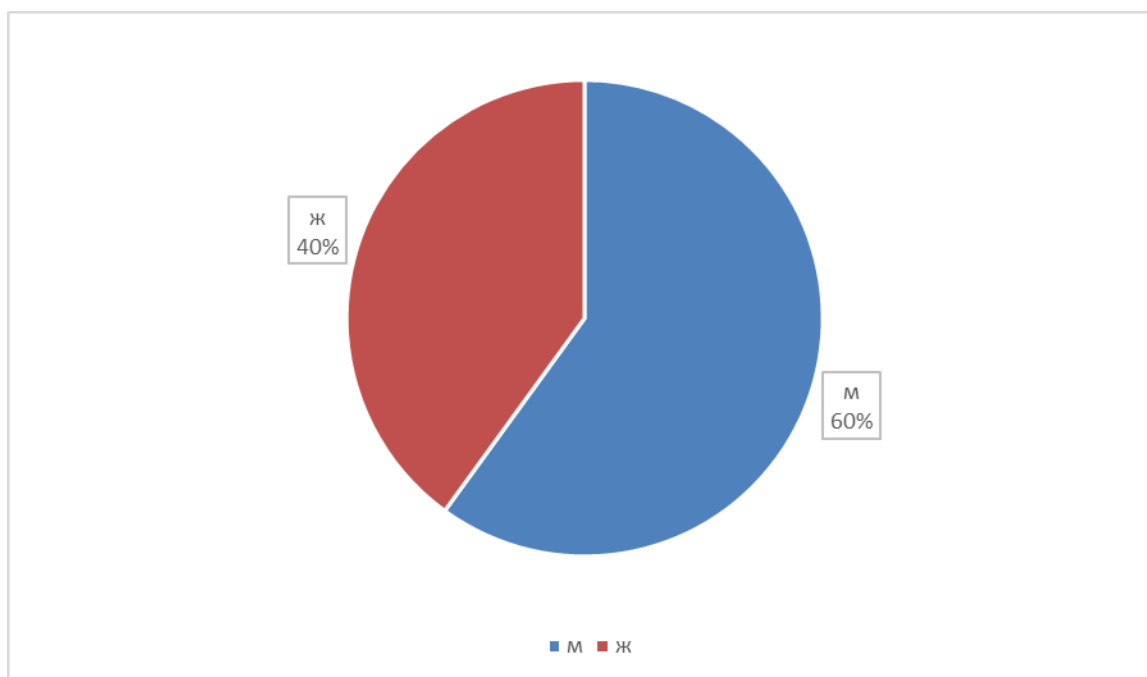


Рис. 8 Распределение больных по полу.

На рис.1 количество мужчин и женщин составило 60% и 40% соответственно.

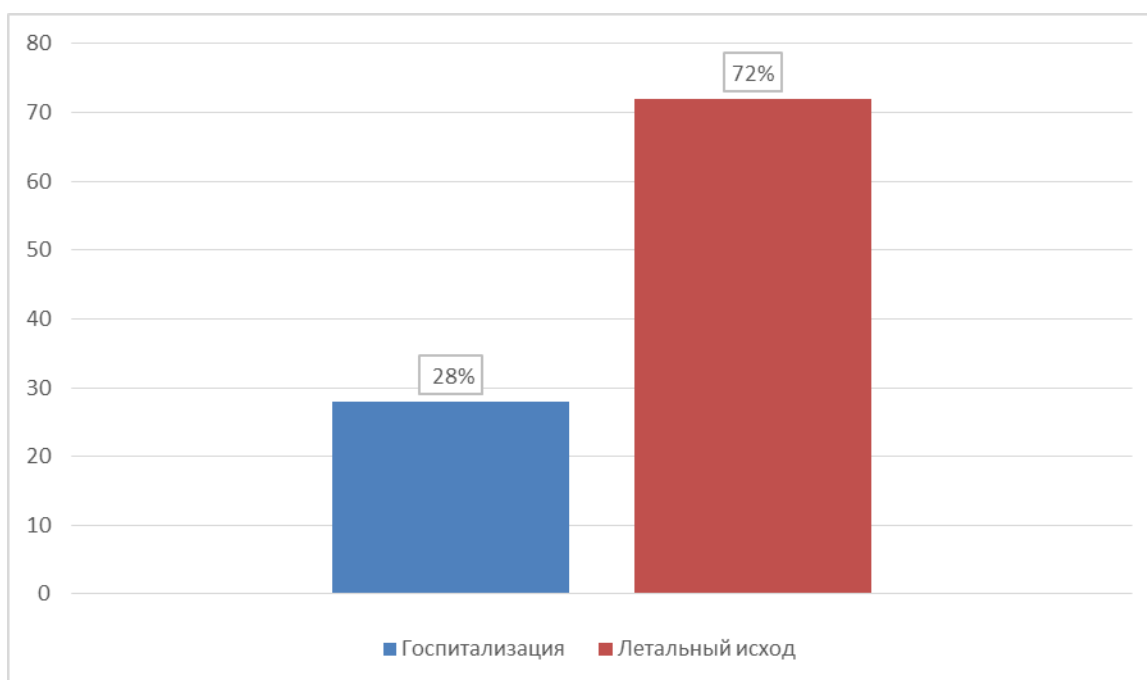


Рис. 9 Сравнение больных от начала заболевания до момента госпитализации и от госпитализации до летального исхода

Количество больных от начала заболевания до момента госпитализации составило-28%, а с летальным исходом-72%(рис.2).

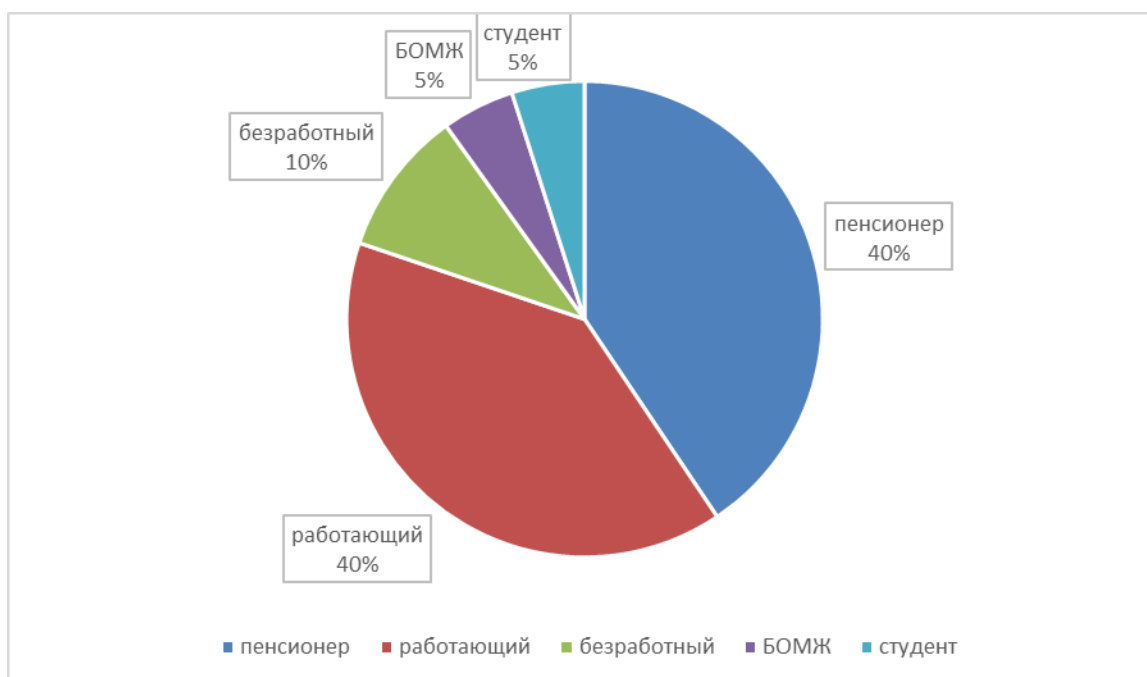


Рис. 10 Распределение по социальным группам

Из рис.3 видно, что наибольшая социальная группа представлена пенсионерами и работающими – по 40% соответственно. Меньшая доля отводится безработным -10%. Студент и БОМЖ – по 5% соответственно.

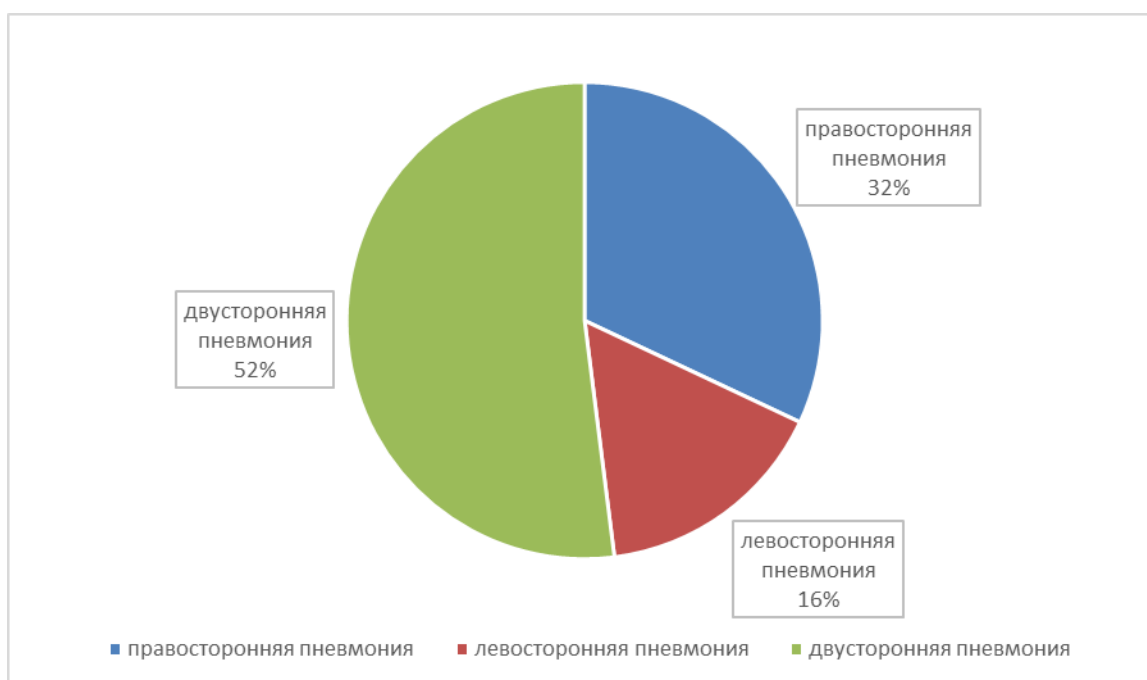


Рис. 11 Распределение по основному диагнозу

На рис.4 наиболее чаще наблюдалось двустороннее поражение лёгких 52%, затем - поражение отдельно правого лёгкого 32% и левого лёгкого 16%.

Осложнениями у больных с внегоспитальной пневмонией являются дыхательная недостаточность I-II степени, пневмофиброз, сепсис, ДВС синдром.

Среди сопутствующих заболеваний бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, ИБС, цирроз печени, ХПН, отравление суррогатами, аутоиммунный тиреоидит, кахексия.

Таблица 1. Данные ручных, инструментальных и лабораторных исследований.

ЧСС	САД	ДАД	ЧД	Температура тела	Sp O ₂ (%)	Содержание лейкоцитов в крови ($\cdot 10^9$ шт/мл)
89,8	114	67,8	20,2	37,3	87	15

Заключение и выводы. Таким образом, по результатам исследования сделаны следующие выводы: внегоспитальной пневмонией болеют чаще мужчины(60%).Летальный исход (72%) превышает выживаемость. Больше всего госпитализируются пенсионеры(40%) и работающие(40%). Наблюдалось частое двустороннее поражение легких(52%).

Литература

1. Баишева, Г.М. Причины летальности от внебольничной пневмонии / Г.М. Баишева. – Уфа, 2005. – 19 с.
2. Чучалин, А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, С.В. Яковлев. – Смоленск, 2003. – 53 с.

УДК: 616-06

Ю. С. Чертищева, Е. М. Цукерман, В.Р. Шайдуллина
МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМНЫХ ЭФФЕКТОВ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный
 медицинский университет, г. Уфа**

Резюме. Клиническая значимость хронической обструктивной болезни легких прогрессивно возрастает по мере старения популяции. С целью уточнить модель системных эффектов хронической обструктивной болезни легких были обследованы 24 пациента пульмонологического отделения ГКБ №21. В ходе исследования выявлено увеличение кардиоваскулярного риска у больных ХОБЛ в несколько раз, а также доказано наличие корреляционной связи между ХОБЛ и депрессией.

Ключевые слова. Хроническая обструктивная болезнь легких, системные эффекты, кардиоваскулярный риск, депрессия.

Y. S. Chertischeva, E. M. Tsukerman, V.R. Shaidullina

MULTIFACTOR MODEL OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
SYSTEMIC FEATURES

Department of internal medicine propaedeutics, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Clinical significance of chronic obstructive pulmonary disease has been increasing progressively lately, accompanying demographic aging. 24 patients of the pulmonary department of the city clinical hospital #21 were examined in order to specify the multifactor model of COPD systemic features. The research brought out increase of cardiovascular risk among patients with COPD and proved correlation between COPD and depression.

Keywords. Chronic obstructive pulmonary disease, systemic features, cardiovascular risk, depression.

Актуальность: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — это болезнь легких, для которой характерно устойчивое нарушение движения воздушного потока из легких [6]. К настоящему времени опубликовано большое количество исследований, демонстрирующих существование прямой ассоциативной связи между ХОБЛ и кардиоваскулярными клиническими исходами [3,4,6]. Кроме того, в последнее время депрессия рассматривается в качестве независимого фактора развития сердечнососудистых заболеваний атеросклеротического генеза [2]. Учитывая, что при ХОБЛ наблюдается

значительное снижение качества жизни [1,6], можно ожидать повышения уровня депрессии у данной категории пациентов, что приводит к дальнейшему увеличению кардиоваскулярного риска. Таким образом, изучение многофакторной модели системных эффектов ХОБЛ играет значительную роль в отражении необходимости комплексного подхода к лечению и профилактике ХОБЛ, кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) и депрессии.

Цель исследования: изучить корреляционные связи между ХОБЛ, кардиоваскулярными заболеваниями и депрессией, уточнить многофакторную модель системных эффектов ХОБЛ.

Материалы и методы: Обследовано 24 пациента пульмонологического отделения ГКБ №21 с ХОБЛ средней и тяжелой степени, с использованием спирографии, электрокардиографии и метода анкетного опроса.

Оценка кардиоваскулярного риска – без учета вклада ХОБЛ и/или тревожно-депрессивных расстройств – проводилась по методике Anthony J. Viera и Stacey L. Sheridan [7], учитывающей возраст пациента, распределение липидов по фракциям, уровень характерного для пациента артериального давления, наличие сахарного диабета и токсических зависимостей (в частности, склонность к курению). Полученные результаты, отражающие риск развития КВЗ в течение 10 лет у опрошенных пациентов, сравнили с действительными данными ЭКГ.

Уровень депрессии был измерен с помощью шкалы Занга [8]. Связь между ХОБЛ и уровнем депрессии была исследована методом корреляции с использованием коэффициента Спирмена. Полученные результаты подверглись вариационно-статистической обработке по критерию Стьюдента-Фишера, с определениями средней арифметической (M), ее ошибки (m), критерия (t), вероятности нулевой гипотезы (Pt). Достоверными считали результаты, у которых процент допустимой ошибки был не более 5%, т.е. $p < 0,05$. Все расчеты проводили с помощью компьютерной программы MSOffice 2007, SPSS 11,5.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования была выявлена прямая ассоциативная связь между ХОБЛ и увеличением риска развития кардиоваскулярных заболеваний: низкий риск развития КВЗ (менее 10 %) наблюдался у 16,66%, средний (10-20%) – у 33,33%, высокий (более 20%) – у 50% пациентов, однако почти у 100% обнаружены различные заболевания сердечно-сосудистой системы, включая гипертоническую болезнь, хроническую сердечную недостаточность и ишемическую болезнь сердца. Полученные данные отражены на диаграммах 1 и 2.

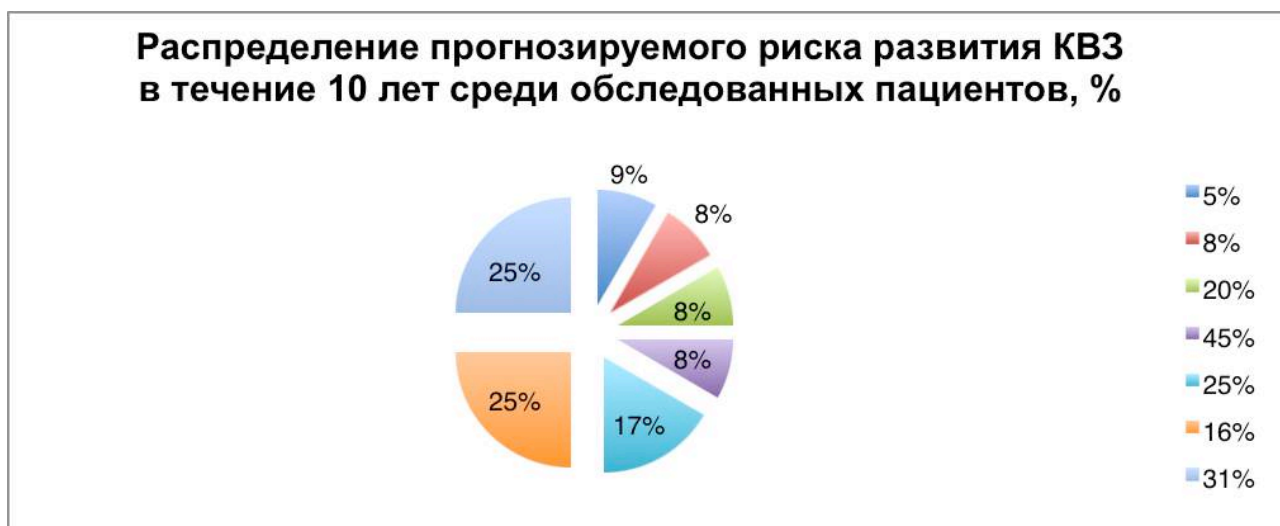


Рис. 1. Распределение прогнозируемого риска развития КВЗ в течение 10 лет среди обследованных пациентов, %



Рис. 2. Структура выявленных КВЗ у обследованных пациентов

Полученные результаты свидетельствуют о повышении кардиоваскулярного риска у больных ХОБЛ в 2-3 раза по сравнению с ожидаемым, что соответствует данным других исследователей. В частности, в исследовании *G.C. Donaldson et al.* (n = 25857) было впервые продемонстрировано, что обострение ХОБЛ ассоциировано с достоверным (более чем 2-кратным) увеличением риска развития инфаркта миокарда в первые 5 дней после обострения и значительным увеличением (на 26%) риска развития ишемического инсульта или транзиторных ишемических атак в первые 49 дней после обострения [4].

Вторым этапом исследования стало изучение связи между ХОБЛ и уровнем депрессии. У 45,5% пациентов депрессия не была выявлена, у 45,5% пациентов выявлена легкая депрессия, у 4,5% - умеренная депрессия, у 4,5% - тяжелая. В результате анализа обнаружена

прямая, средняя, статистически достоверная (более 99%), корреляционная связь между заболеваемостью ХОБЛ и депрессией.

Согласно данным различных исследований, депрессия является наиболее часто встречающимся эмоциональным расстройством, связанным с ХОБЛ [1]. D. P. Agle с соавторами (2007) зарегистрировали выраженные симптомы депрессии у 74% больных, H. G. Gordonetal. (2005) — у 42% больных, у 7% симптомы депрессии сочетались с другими эмоциональными расстройствами. Такое различие в результатах может быть объяснено несопоставимостью отобранных групп и разными методами оценки, которые применяли авторы. Тем не менее, несмотря на различные результаты, все авторы сходятся во мнении, что больные ХОБЛ подвергаются высокому риску развития депрессии, что подтверждается данными ВОЗ [5].

Кроме того, депрессия дополнительно увеличивает риск развития КВЗ у больных ХОБЛ. В 2010 г. опубликованы результаты сразу нескольких исследований, демонстрирующих убедительную связь между тревожно-депрессивными расстройствами и развитием ИБС [6,9]. Первое из них представляет собой мета-анализ 20 проспективных исследований, включавших около 250 000 исходно здоровых жителей США, Норвегии, Нидерландов, Швеции, Японии и Великобритании. Средний период наблюдения составил более 11 лет. Оказалось, что наличие тревожно-депрессивной симптоматики ассоциировано с повышенным риском развившейся впоследствии ИБС и смерти от заболеваний сердца.

Другое интересное исследование было выполнено в Каролинском институте (Швеция) [7]. По дизайну это — проспективное когортное исследование, в котором участвовали почти 50 000 мужчин в возрасте 18—20 лет, проходивших медицинское обследование перед службой в армии. Диагностика психических расстройств, включая тревожно-депрессивные, проводилась психиатрами по единым стандартизованным критериям. Средний период наблюдения составил 37 лет. Наличие тревожной симптоматики при исходном обследовании повышало риск развития ИБС за годы длительного наблюдения более чем в 2 раза (с учетом корректировки по традиционным ФР).

Заключение и выводы: В ходе исследования была выявлена прямая ассоциативная связь между ХОБЛ и увеличением кардиоваскулярного риска (в среднем в 2-3 раза по сравнению с ожидаемым), а также доказана значительная роль ХОБЛ в развитии депрессии, которая дополнительно повышает кардиоваскулярный риск. Полученные данные предполагают расширение и уточнение многофакторной модели системных эффектов ХОБЛ. Внедрение современных принципов диагностики и лечения коморбидных психопатологических

расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХОБЛ обеспечит повышение медико-социальной эффективности лечения основного заболевания и позволит улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. *Игнатова, Г.Л.* Психосоматические «маски» у больных ХОБЛ ранних стадий стабильного течения и возможности их коррекции / Г.Л. Игнатова, Л.А. Степанищева, Ю.О. Печенкина, О.С. Марущак // Уральский медицинский журнал. – 2008. – С. 35-39.
2. *Погосова Г.В.* Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. // Кардиология, 2002; №4: 86 – 91
3. *Чучалин, А.Г.* Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Русский медицинский журнал. – 2008. – Том 16. – №2.
4. *Donaldson G.C., Hurst J.R., Smith C.J. et al.* Increased risk of myocardial infarction and stroke following exacerbation of COPD. Chest 2010; 137: 1091 – 1097.
5. Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2014. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf (17 марта 2016).
6. *Dimsdale J.E.* What does heart disease have to do with anxiety? // J Am CollCardiol. 2010;56:47–48.
7. *Janszky I., Ahnve S., Lundberg I. et al.* Early-onset depression, anxiety and risk of subsequent coronary heart disease. 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. J Am CollCardiol 2010;56:31–37.
8. *Lopez A.D., Shibuya K., Rao C. et al.* Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. Eur. Respir. J. 2006; 27: 394 – 412.
9. *Roest A.M., Martens E.J., de Jonge P. et al.* Anxiety and risk of incident coronary heart disease. A meta-analysis. // J Am CollCardiol 2010;56:38–46.
10. *Viera A.J., Sheridan S.L.* Global risk of coronary heart disease: assessment and application // Am Fam Physician. – 2010 Aug – 1;82(3):265-274.
11. *Zung W.W.* A self-rating depression scale. // Archives of General Psychiatry. – 12: 63-70

УДК 616-052:616-071.1: 616-092.12:616.24-007.63:616.12-008

А. А. Закарина, А. К. Шамсутдинова

МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) в структуре заболеваемости входят в число лидирующих по причинам инвалидизации и смертности в мире. Целью исследования является проведение многофакторного анализа когнитивного статуса у пациентов с ХОБЛ и ИБС. На основании первичных данных оценки когнитивного статуса пациентов с ХОБЛ и ИБС выделены 3 основных группы факторов. Это позволяет исключить методы исследования, результаты которых взаимосвязаны, и тем самым оптимизировать процесс исследования.

Ключевые слова: когнитивные способности, депрессия, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), факторный анализ.

A. A. Zakarina , A. K. Shamsutdinova

THE MULTIPLE-FACTOR MODEL OF THE COGNITIVE OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CORONARY HEART DISEASE

Department of Internal Diseases

Bashkir state medical university (Ufa, Russian Federation)

Abstract. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and coronary heart disease (CHD) in the structure of morbidity are among the leading diseases for reasons of morbidity and mortality in the world. The aim of the research is to estimate a condition of cognitive functions and extent of anxiodepressive frustration at sick COPD and CHD relatively healthy individuals. On the basis of primary data of an assessment of the cognitive status of patients with HOBL and IBS 3 main groups of factors are allocated. It allows to exclude research methods which results are interconnected and by that to optimize research process.

Keywords: cognitive abilities, depression, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), coronary heart disease (CHD), factor analysis.

Актуальность: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) в структуре заболеваемости входят в число лидирующих по причинам инвалидизации и смертности в мире. Эти заболевания не только поражают жизненно-важные органы, но и имеют выраженные системные эффекты. Таким образом патологические процессы затрагивают и головной мозг, оказывая неблагоприятное влияние на функции высшей нервной деятельности.

Цель исследования: Провести многофакторный анализ когнитивных функций у больных ХОБЛ и ИБС относительно здоровых лиц.

Материалы и методы: Обследовано 30 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу обострения заболевания в кардиологическом и пульмонологическом отделениях ГБУЗ ГKB № 2 г. Уфы. Из них 15 больных ИБС и 15 ХОБЛ. В качестве контрольной группы обследовано 30 практически здоровых людей. Для оценки когнитивных способностей использовался набор психологических тестов: 1) Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА) для скрининга мягких когнитивных нарушений; 2) тест Мюнстерберга для диагностики расстройств внимания; 3) таблицы Шульте для определения устойчивости внимания; 4) тесты на образную и числовую память. Для выявления и определения тяжести тревожно-депрессивных расстройств использована госпитальная шкала HADS.

Статистическая обработка материала проведена с помощью программы AtteStat 2014 года с использованием Microsoft Excel. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием двустороннего t – критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения:

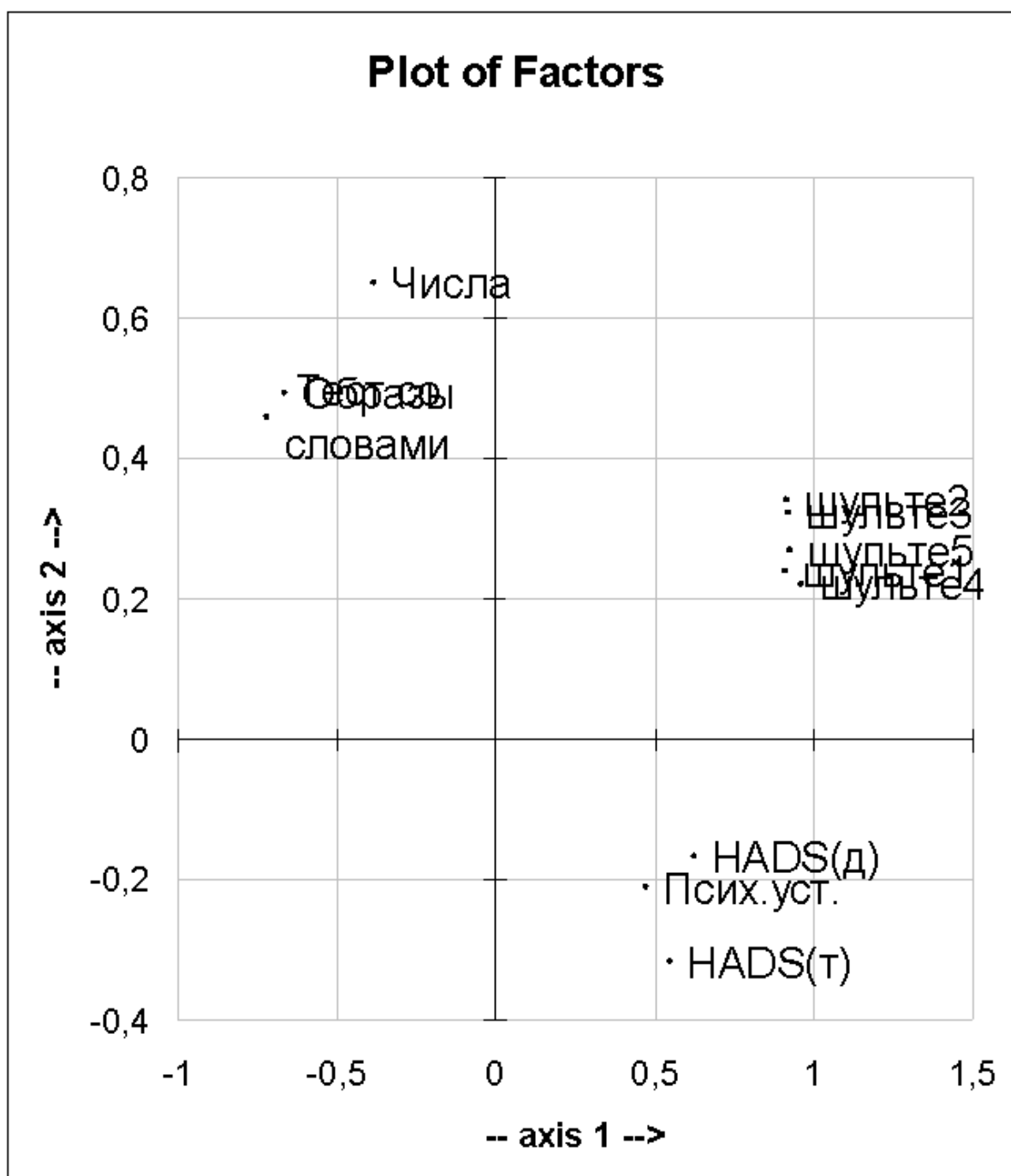


Рис.1. Отображение на плоскости результатов факторного анализа когнитивного статуса у больных ХОБЛ и ИБС.

В результате проведенного анализа выявлено 3 основных фактора: 1 – образы, 2–внимание, 3 - психоэмоциональная устойчивость. Интересным стал факт, что устойчивость внимания определяемая при помощи таблиц Шульте составила один фактор с показателями тревоги и депрессии.

Выводы: На основании первичных данных оценки когнитивного статуса пациентов с ХОБЛ и ИБС выделены 3 основных группы факторов. Что позволяет исключить методы

исследования результаты, которых взаимосвязаны и тем самым оптимизировать процесс исследования.

Литература

1.Ахмедова, О. С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: дис. ... канд. псих.наук: 19.00.04 / Ахмедова Ольга Сергеевна. – СПб. , 2008. – С.187;

2.Тарасенко, О. Ф. ИБС и ХОБЛ, патофизиологические особенности клиники и лечения: дис. канд. мед.наук: 14.00.05 / ТарасенкоОльгаФёдоровна. – М., 2009. –С.92;

3. Sin D.D., Man S.F. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality // Proc Am Thorac Soc. 2005. Vol. 2 (1). P. 8–11.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 616.31.11.1

Р.Р. Абсатаров, И.Ш. Асадуллин, Р.М. Сибгатов, Ю.Н. Мустафина
НАЧАЛО ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В БАШКИРСКОЙ АССР
В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В работе представлен обзор эвакуационных мероприятий в здравоохранении Башкирской АССР в начальный период Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: Эвакуация, народный комиссариат здравоохранения, Великая Отечественная война.

R.R. Absatarov, I.Sh. Asadullin, R.M. Sibgatov, J.N. Mustafina
HOME EVACUATION MEASURES IN THE BASHKIR AUTONOMOUS SOVIET
SOCIALIST REPUBLIC IN THE BEGINNING OF THE GREAT PATRIOTIC WAR

Department of Public Health and Health Organization Course IPE

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: This paper presents an overview of evacuation measures in the health of the Bashkir ASSR in the initial period of the Great Patriotic War.

Keywords: evacuation of People's Commissariat of Health, The Great Patriotic War.

Актуальность. Эвакуация в стране затронула многие сферы экономики и культуры всех регионов глубокого тыла.

Цель работы: выяснить особенности организации эвакуационных мероприятий в здравоохранении Башкирской АССР в начальный период Великой Отечественной войны.

Материалы и методы. В ходе архивного исследования использовался исторический метод исследования.

Результаты и обсуждение: Здравоохранение СССР, как только оно в своём развитии стало опираться на достижения науки и практики, написало на своём знамени программу научно-практических действий, имеющих целью: выявить причины, вызывающие болезни, разрабатывать и принимать меры к их устранению и предупреждению; изучать условия, при которых болезни как следствия тех или иных причин или ярко проявляются, сравнительно легко распознаются и, как правило, излечиваются, или же их появление не привлекает к себе внимания заболевших, а следовательно, и врачей, а затем спустя большее или меньшее время

заболевания становятся либо неизлечимыми вследствие необратимости патологических процессов, либо превращаются из следствий в причины других болезней, как правило, более тяжёлых; познать, насколько глубоко закономерности нейрогуморальной регуляции человеческого организма в связи и во взаимозависимости с его наследственностью и обменом веществ, насколько это необходимо главным образом для успешной борьбы с первопричинами болезней и предупреждения причинно-следственных отношений в их происхождении.

Особенно высоким был рост числа врачей. К концу 1940 г. в гражданском здравоохранении работало 140 769 врачей вместо 28 тыс. в 1913 г. Их этого числа врачей было 6,8 тыс. стоматологов и 9,5 тыс. провизоров. Значительно вырос удельный вес врачей-женщин, число которых (96 300) составляло 68% общей численности врачей.

Возросло и количество больничных учреждений в СССР, их число достигло 13 800 в 1940 г. вместо 5300 в 1913 г.

В 1940 г. и в годы войны врачи готовились в 58 медицинских институтах и в двух военно-медицинских академиях. Медицинский персонал с законченным средним медицинским образованием в 1940 г. насчитывал в своих рядах 472 000 человек, в том числе 227 700 медицинских сестёр. Кроме того, было более 36,2 тыс. фармацевтов со средним образованием.

Под руководством наркома здравоохранения СССР Г.А. Митерева развернула работу коллегия наркомата — А.Ф. Третьякова, нарком здравоохранения РСФСР, С.А. Колесников, С.И. Миловидов, В.В. Парин, А.Я. Кузнецов, Н.А. Баран, А.В. Александровский, Б.Д. Петров, Л.П. Лобова. В масштабах страны общее руководство осуществляло Главное управление эвакогоспиталями Наркомздрава СССР, во главе которого стоял видный организатор советского здравоохранения С. И. Миловидов.

С июня 1941 года наш город начал готовиться к приему эвакуированных заводов и населения из западных и центральных областей страны. 29 июня Совет Народных Комиссаров СССР и ЦК ВКП(б) приняли постановление о размещении Наркома нефтяной промышленности СССР в Уфе, чтобы организовать увеличение добычи и переработки нефти, обеспечить высококачественным бензином и другими нефтепродуктами боевые самолёты, танки, морские и речные суда, автомобили. В этот же день Правительство Украинской ССР утвердило решение об эвакуации Академии наук республики в столицу Башкирской АССР. На железнодорожной станции Уфа скапливалось много эвакуированных людей. Город не успевал оперативно их размещать в семьях уфимцев. Попросту говоря, ежедневно шло так называемое уплотнение жильцов: в одной квартире или комнате стали

жить по несколько семей с детьми. Народному комиссариату здравоохранения (НКЗ) БАССР и медико-санитарным учреждениям республики под руководством С.З. Лукманова приходилось в напряжённой обстановке военного времени решать многогранные организационные вопросы по обеспечению медицинского обслуживания как гражданского населения, так и раненых бойцов и офицеров Советской Армии.

Придавая исключительно большое значение возвращению в строй больных бойцов и командиров Красной Армии, Политбюро ЦК ВКП(б) 8 октября 1941 года приняло постановление «Об организации Всесоюзного комитета помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии». Председателем комитета был утверждён секретарь ЦК ВКП(б) А.А. Андреев. Политбюро обязало обкомы, крайкомы и ЦК компартий союзных республик к 15 октября 1941 г. утвердить состав областных, краевых и республиканских комитетов помощи в составе 9—11 человек под председательством одного из секретарей партийного органа, создавшего комитет. В областях, краях и республиках создавались комитеты для организации общественной помощи органам здравоохранения, повседневного контроля и наблюдения за работой госпиталей. На них возлагалась организация шефской работы и помощи в ремонте, оборудовании и радиофикации. Комитеты должны были помочь в приёме прибывающих раненых, организации и проведении партийно-политической работы, приёме и распределении подарков для госпиталей.

Республиканский комитет помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии состоял из 11 человек под председательством секретаря обкома партии Н.Д. Буренкина, его заместителями стали заместитель председателя СНК БАССР А.Н. Маслин и нарком здравоохранения С.З. Лукманов. В состав комитета вошли также руководители партийных, советских, профсоюзных и комсомольских органов республики и её столицы г. Уфы. На первом заседании комитета 15 октября 1941 года были распределены обязанности и утверждён план работы.

В Башкирии, как и во многих тыловых регионах страны, с первых дней войны разворачивалась обширная сеть госпитальных баз. Под эвакогоспитали отводились хорошо оборудованные здания больниц, институтов, школ, домов культуры, лечебные и хозяйственные базы крупных клиник и санаториев.

Согласно принятому 22 сентября 1941 года постановлению Государственного Комитета Обороны «Об улучшении медицинского обслуживания раненых бойцов и командиров Красной Армии» все эвакогоспитали, расположенные в тыловых районах страны, кроме постоянных госпиталей Наркомата обороны, передавались в ведение Народного

комиссариата здравоохранения СССР (НКЗ СССР). В это время в Башкирии быстро разворачивалась 2-я очередь эвакуогоспиталей на 4600 коек.

По состоянию на 1 января 1942 года коечный фонд в эвакуогоспиталях республики составлял уже 11825 единиц, а на 1 августа того же года в 28 эвакуогоспиталях функционировало 12995 коек.

К апрелю 1943 года коечный фонд эвакуогоспиталей Башкирии достиг 13395 единиц.

Выводы: 1. Организационные мероприятия, проведенные по линии народного комиссариата здравоохранения были своевременные и успешные.

2) За короткий период была перестроена система здравоохранения Башкирской АССР с мирного на военный лад..

Литература

1. ЦГАОО РБ Фонд П122, Оп.21, д.25.
2. ЦГАОО РБ Фонд П122, Оп. 21, д.10.

УДК 616.31.11.1

Р.Р. Абсатаров, И.Ш. Асадуллин, Р.М. Сибатов, А.С. Муртазин
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАШКИРСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В работе представлен обзор организационных мероприятий, проводимые Народным комиссариатом здравоохранения Башкирской АССР в годы Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: Народный комиссариат здравоохранения, Великая Отечественная война, эвакуогоспиталя, военные врачи.

ARRANGEMENTS PEOPLE'S COMMISSARIAT OF THE BASHKIR ASSR
HEALTH DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

R.R. Absatarov, I.Sh. Asadullin, R.M. Sibatov, A.S. Murtazin
Department of Public Health and Health Organization Course-IPO
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: This paper presents an overview of the organizational activities carried out by the People's Commissariat of Health of the Bashkir ASSR in the Great Patriotic War.

Keywords: people's Commissariat of Health, World War II, evacuation hospital, military doctors.

Актуальность. Плановая организация работы эвакуогоспиталей глубоко тыла в Башкирской АССР сыграла ключевую роль в деле выздоровлении солдат и офицеров и возвращении их на фронт.

Цель работы: определить значение Народного комиссариата здравоохранения в жизнедеятельности эвакуогоспиталей глубокого тыла в Башкирской АССР.

Материалы и методы. В ходе архивного исследования использовался исторический метод исследования.

Результаты и обсуждение: народный комиссариат здравоохранения Башкирской АССР под руководством партийных органов оперативно перестраивал свою работу для решения задач военного времени, для всемерной помощи фронту. Этому способствовала энергичная деятельность наркома С.З. Лукманова, его заместителей: по общим вопросам В.В.

Овсянникова, по госпитальному делу А.И. Копыловой, по санитарно-эпидемической службе Е.В. Востриковой; заведующей Уфимским горздравотделом Г.М. Мухаметовой.

Начиная с 1943 года, даже при меньшем количестве госпиталей, ощущается дефицит кадров (в 1943 г. не хватает 50 врачей, в 1944 г. — 44 врача, в 1945 г. — 42 врача); острое затруднение госпитали испытывают в медицинских сестрах. Почему? Дело в том, что с 1943 года начинается обратная эвакуация госпиталей в направлении с Востока на Запад, в освобождённые районы. За годы войны из госпиталей отправлено на фронт 181 и переехали в освобождённые районы 152 врача.

Ещё одной довольно трудоёмкой точкой приложения забот и сил, связанной с медицинским обеспечением являлась организация приемно-сортировочного госпиталя и организация эвакуопункта. Для приема от военно-санитарных поездов раненых и больных в Уфе в октябре 1941 года был сформирован приемно-сортировочный госпиталь №3127, который возглавляли в разное время врачи А.К. Тейтель и Н.Д.Вичин. Для его работы в разное время было выделено здание клуба Паровозо-ремонтного завода на улице Карла Маркса, где до этого находился эвакуопункт, который затем был переведён в клуб имени Андреева. Роль приёмно-сортировочного госпиталя была великой. Дело в том, что с самого открытия госпиталей в республике впервые в РСФСР было проведено их профилирование госпиталей в зависимости от вида и локализации поражений раненых или характера оказываемой помощи. В составе профилированных госпиталей функционировали: 3 протезных госпиталя, один госпиталь по восстановительной хирургии, один комплексный — для лечения раненых, требующих одновременной помощи ряда специалистов с отделениями стоматологическим, глазным, туберкулёзным, отоларингологическим.

Госпиталь на 200 коек был открыт на территории бывшего санатория в Шафраново. В докладе начальника госпитального отдела отмечается: «...В настоящее время в системе НКЗ БАССР имеется 15 эвакуогоспиталей с коечным фондом 7400, из них 12 эвакуогоспиталей расположены в г. Уфе на 6450 коек, 1 госпиталь в Белебее на 400 коек, 1 госпиталь в г. Ишимбае на 450 коек и один в Шафраново [ЦГИА РБ. Ф.1295, оп.2., д.3, ед.16.]

В том же докладе показано распределение коечной сети по профилям:

челюстно-лицевых коек 200 коек, нейрохирургических 50, легочно-хирургических 375, глазных 100, оториноларингологических 100, урологических 50, восстановительной хирургии 600, терапевтических 415, туберкулёзных 200, женских коек 60.

«В каждом госпитале проведено размещение раненых и больных по локальному признаку (палата раненых в плечо, в кисть, в бедро и т.д.).

Такая профилизация была бы невозможна, на наш взгляд, без основательной специализации самих врачей, которая была бы невозможна без участия в процессе учёных из Башкирского и 1-го Московского медицинских институтов, других научных учреждений (о которых более подробно ниже).

Специализация врачей госпиталей в Башкирской АССР распределяется следующим образом: хирургов 85 человек, терапевтов 12, нейрохирургов 6,

физиотерапевтов 9, рентгенологов 9, общей специальности 25, стоматологов 4, врачей ортопедов 6, окулистов 5, венерологов 2, отоларингологов 2, фтизиатров 2, неврологов 2, лаборантов 11, зубных врачей 10. Всего 193 человек.

Интересные показатели укомплектованности врачей по стажу работы: со стажем работы до 3 х лет 3,7% от всех врачей, до 5 лет 16,7%, до 10 лет - 36,2%, до 15 лет - 14,2%, свыше 15 лет - 24,5%.

Как видно из показателей, более 40% врачей имели опыт работы по своей специальности более 10 лет и лишь 3,7% врачей имели небольшой стаж врачебной деятельности. Сочетание опыта и молодости помогли в преодолении перегрузок, которые конечно же были. Как отмечается в выше названном документе, эвакуогоспитали в 1944 году были укомплектованы врачами лишь 80,3%. За этот год из эвакуогоспиталей выбыло по приказу НКЗ СССР и РФСР в количестве 29 человек, уехали с передислоцированными эвакуогоспиталями – 55 человек, убыли по болезням и семейным обстоятельствам. Недостающие врачебные вакансии замещались путём внутригоспитальных совместительств наиболее опытных врачей. Ведущими хирургами все госпитали укомплектованы полностью. А ведь именно их не хватало в начальный период, в результате переподготовки при госпитальном отделе НКЗ БАССР был даже создан резерв хирургов в количестве 8 человек, причём половина из этого числа до войны являлись врачами других специальностей. За время работы в госпиталях они овладели профильной хирургией и стали успешно справляться с новой для них специальностью (протезно-ортопедической или нейрохирургической). Стоит ли говорить о том, как велика роль операционных и других медицинских сестёр. Неслучайно же, ныне в медицинских вузах открываются факультеты по подготовке медицинских сестёр с высшим образованием. Но в то время это было и руководство госпиталей тех военных лет. Поэтому в госпиталях особо учитывались и направлялась работа 25 наиболее опытных медицинских сестёр, работающих в качестве субординаторов. Для них специально проводились семинары по следующей тематике: оформление медицинской документации; лечение инфицированных ран; хирургическое лечение остеомиелитов; методы обезболивания; профилактика и лечение сепсиса;

переливание крови; гипсовая техника; физиотерапия и массаж; применение ЛФК (лечебной физической культуры) при лечении огнестрельных повреждений костей и суставов.

К сожалению, имена многих медицинских сестёр преданы забвению. Пока удалось благодарной памяти отдать дань лишь врачам да и то не всем. Думается, что тема, связанная с ролью медицинских сестёр в деятельности эвакуогоспиталей, еще ждет своего пытливого исследователя.

Говоря, об успешной и упорной работы медицинского персонала госпиталей, его быстрой адаптации к различным ситуациям, интеллекту высокой квалификациям, интеллекту и высокой квалификации мы не можем не вспомнить мудрость тех, кто в довоенные годы готовил медицинские кадры в медицинских училищах и медицинском институте, в нашей республике. Вспомним, все-таки некоторые цифры. В июне 1941 г. Башкирский государственный медицинский институт выпустил в седьмой раз врачей. Дипломы врачей тогда получили 181 человек. Большинство их, конечно, стали военврачами и были мобилизованы в армию. Более того, в первые же дни войны 30 человек из профессорско-преподавательского состава ушли на фронт. Институт пополнялся в течение войны научными и преподавательскими кадрами из эвакуированных в Уфу вузов — Первого Московского, Киевского и других медицинских вузов.

Выводы: 1. Народный комиссариат здравоохранения Башкирской АССР сыграл ключевую роль в организации работы эвакуогоспиталей глубокого тыла.

Литература

1. ЦГАОО РБ Фонд П122, Оп. 21, д.10.

УДК 616.32

Г.Ф. Чингизова

**ВКЛАД НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА
АН УССР Я.А. ФИАЛКОВА ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В
ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ БАШКИРСКОЙ АССР**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. В годы Великой Отечественной войны в Башкирской АССР было сформировано 53 эвакуогоспиталей, из них 45 были развернуты в городах и санаториях республики, где широко использовали лечебное питание.

Ключевые слова: эвакуация, Академия наук Украинской ССР, лечебное питание, эвакуационные госпитали, лечебное питание.

G.F. Chingizova

**CONTRIBUTION TO RESEARCH OF CORRESPONDING MEMBER
UKRAINIAN ACADEMY OF SCIENCES YA VIOLET NUTRITIONAL THERAPY
IN THE EVACUATION HOSPITAL BASHKIRIA**

***The Department of Public Health and Health Organization with the course IDPO
Bashkir State Medical University, Ufa***

Summary. During the Great Patriotic War in the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic was formed 53 evacuation hospital, 45 of them were deployed in cities and health resorts of the republic, which is widely used health food.

Keywords. evacuation, Academy of Sciences of the Ukrainian SSR, health food, evacuation hospitals, health food.

Актуальность: В опубликованных материалах периода Великой Отечественной войны по Башкирской АССР нет сведений о переработке продуктов питания в витаминные препараты во время работы эвакуогоспиталей, специализированных на протезирование конечностей, а также работе учёных из Академии наук Украинской ССР.

Цель исследования: Определить вклад научных исследований члена-корреспондента АН УССР Я.А. Фиалкова для лечебного питания в эвакуогоспиталях глубокого тыла, размещенных на территории Башкирской АССР.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, сравнительный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: В ходе войны БАССР стала важным тыловым регионом. К 1942 году из европейской части СССР в республику было эвакуировано 278 тыс. чел., тысячи беженцев прибывали в БАССР и позднее. К осени 1942 г. республика приняла 172 предприятия, отдельные цехи и установки. В БАССР было эвакуировано более 100 организаций и учреждений, в т.ч. 20 научно-исследовательских институтов АН Украинской ССР со своими сотрудниками, в числе которых был химик Член-корреспондент АН УССР Яков Анатольевич (Нафтулович) Фиалков.

Родился Яков Анатольевич 20 ноября 1895 года в Киеве. ученый-химик. Доктор химических наук (1941), профессор (1935). Член-корреспондент АН УССР (1945). Лауреат Премии АН СССР имени Д.И. Менделеева за работы по химии комплексных соединений (1951). В 1915 году с отличием сдал экзамены на звание аптекарского помощника при Киевском университете и до 1920 года работал в киевских аптеках. В 1925 году окончил химический факультет Киевского политехнического института. В 1930 году окончил аспирантуру научно-исследовательской кафедры химии Киевского педагогического института (КПИ), одновременно в 1925-1935 гг. — доцент Киевского фармацевтического института, в 1929-1941 гг. — доцент КПИ. С 1930 года — старший научный сотрудник Института химии АН УССР, в 1938-1944 гг. — заведующий отделом неорганической химии, с 1945 года — заведующий лабораторией комплексных соединений этого института (вскоре Институт общей и неорганической химии АН УССР). В Киевском университете: в 1934-1941 гг. — доцент, в 1944-1956 гг. — профессор кафедры неорганической химии. В 1935 году утверждён в научном звании профессора по кафедре «Фармацевтическая химия», в 1936 году без защиты диссертации ему была присуждена учёная степень кандидата химических наук, а в 1941 году — доктора фармацевтических наук. В 1945 году избран членом-корреспондентом АН УССР. В 1941-1943 гг. в период эвакуации работал в Уфе. Во многих эвакуогоспиталях не хватало рыбьего жира для ослабленных раненых и больных солдат и офицеров, а в некоторых эвакуогоспиталях его не было долгое время. По распоряжению и по предложению начальника госпиталя №3765 товарища Ю.И.Меламеда аптекой была сделана попытка получить рыбий жир из рыбы: сома, судака. В реках Башкирии, особенно реке Белой водились множество рыбы и работала рыболовная артель. В реке Белой до середины XX века водилась даже белорыбица, на которую велся нерегулируемый отлов, что говорило о чистоте рек и водоемов Башкирской АССР.

Внутренний жир перетапливался, затем настаивали с печенью этих же рыб и отфильтровывали. Полученный рыбий жир был передан на анализ в химико-аналитическую лабораторию, которую возглавлял профессор Яков Анатольевич (Нафтулович) Фиалков.

После проведенного исследования полученного продукта, ему был дан положительный отзыв. Результаты этой работы были переданы в Наркомздрав для широкого распространения в другие эвакуогоспиталя, которые находились в городе Уфе. Сферы научной деятельности: химия комплексных соединений, химия цветных и редких металлов, изучение минеральных солей и водно-солевых систем, физико-химический анализ растворов. Разрабатывал методы фармацевтического анализа, применения комплексных соединений йода для получения различных органических производных йода и изготовления лекарств; методы получения кобальта и хрома. В 1940 году Я.А. Фиалков с сотрудниками получил первый в СССР килограмм индия — металла для полупроводниковой промышленности. Под руководством Я.А. Фиалкова выполнены три докторских и 32 кандидатских диссертации. Ученики — В.П. Крамаренко, А.И. Генгринович, Л.И. Рапопорт.

Яков Анатольевич Фиалков — автор более 200 научных работ, в том числе 11 монографий и учебников, а также автор 5 изобретений. Основные работы: «Методы анализа лекарственных веществ» (1935); «Исследования в области комплексных соединений галогенидов и полигалогенидов йода» (1950); «Межгалоидные соединения» (1958) и др. Награждён орденом «Знак Почёта» (1939), медалями, почётными грамотами Президиума Башкирской АССР (1943), Президиума Верховного Совета Украинской ССР (1944), почётным значком «Отличнику охраны здоровья». Умер 16 ноября 1958 года в Киеве, похоронен на Байковом кладбище.

В годы войны в республике работали известные деятели науки: А.А.Блохин, Г.В.Вахрушев, А.Я.Виссарионова, И.-Г.Г.Кадыров, М.А.Лаврентьев, Д.В.Наливкин, С.С.Намёткин, Е.О.Патон, Х.Р.Султанаев, Е.И.Суханкин, А.А.Трофимук, Ю.А.Усманов, К.Р.Чепиков и др. В 1943 г. за научные достижения АН Украинской ССР и 14 её академиков, работавших в Уфе (А.А.Богомолец, П.П.Будников, А.В.Палладин, П.Тычина и др.) были награждены Почётными грамотами Президиума Верховного Совета Башкирской АССР, в т.ч. профессор Я.А. Фиалков.

Выводы: 1) В 45 эвакуогоспиталях использовался способ получения рыбьего жира из сомов и судаков, который использовался для лечебного питания раненых и больных воинов Красной Армии.

2) химико-аналитическая лаборатория под руководством профессора Я.А.Фиалкова внесла значительный вклад в исследования продуктов питания эвакуогоспиталей Башкирской АССР.

Литература

1. Эвакогоспиталь №3765. Архив БГМУ. Воспоминания В.А.Скачилова.
2. Тимербулатов В.М., Мустафин Х.М., Киньябулатов А.У. Эвакогоспитали в Башкортостане в 1941-1945 годах. Уфа, 2015, 172 с.

УДК 614.253.1

И.С. Фаткуллина

НАШ ЗЕМЛЯК – ИЗВЕСТНЫЙ ХИРУРГ ВЕНЕР ГАЗИЗОВИЧ САХАУТДИНОВ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной работе представлены результаты изучения биографии и личности выдающего хирурга, члена-корреспондента АН РБ, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, БАССР, заслуженного врача РБ, отличника здравоохранения России, депутата Государственного Собрания, бывшего ректора БГМИ, уроженца Мелеузовского района Венера Газизовича Сахаутдинова.

Ключевые слова: хирургия, В. Г. Сахаутдинов, ректор БГМИ

I.S. Fatkullina

**OUR COUNTRYMAN IS A WELL – KNOWN SURGEON OF THE VENER
GAZIZOVICH SAHAUTDINOV**

Department of public health and health care with a course of EITI, Bashkir state

medical university, Ufa

Abstract: this paper presents the results of studying the biography and personality of an outstanding surgeon, a member of the asrb, doctor of medical Sciences, Professor, honored scientist of the Russian Federation, BASSR, honoured doctor RB, excellent health of Russia, the Deputy of the State Assembly, former rector of BGMI, a native of the Meleuz district of the Vener Gazizovich

Sahautdinov.

Keywords: surgery, V. G. Sahautdinov, rector of BGMI

Актуальность: личность Венера Газизовича Сахаутдинова известна не только в республике Башкортостан, но и далеко за ее пределами. Им была создана в республике хирургическая школа, под его руководством развивалась проктологическая служба республики. В 1982 -1987 годах был ректором Башкирского медицинского института.

Цель работы: изучить биографию В. Г. Сахаутдинова как талантливого врача, прекрасного организатора, общественного деятеля, гениального публициста, выдающейся личности.

Материалы и методы: в ходе исследования использовались биографический, исторический и историко-аналитический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Венер Газизович Сахаутдинов родился 1 января 1939 года в д. Кинзябаево Юмагузинского района БАССР, ныне Мелеузовского района РБ. После окончания Юмагузинской средней школы, в 1962 году поступил в Башкирский государственный медицинский институт. Десять лет работал в практическом здравоохранении в различных учреждениях хирургом, заведующим хирургическим отделением в центральной районной больнице [1].

В 1966 году поступил в клиническую ординатуру на кафедру общей хирургии I Московского медицинского института, а через год был переведен в аспирантуру Академии наук СССР в группу академика АМН СССР, профессора В.И. Стручкова. В 1968 году В.Г. Сахаутдинов досрочно завершает работу над кандидатской диссертацией на тему: «Вопросы диагностики и лечения хронических неспецифических пневмоний в хирургической практике». В этом же году он поступает на работу в Башкирский медицинский институт в качестве ассистента кафедры госпитальной хирургии, далее - ассистента, доцента кафедры общей хирургии. Докторская диссертация была посвящена теме: «Диагностика и лечение остеомиелитов редкой локализации» и выполнялась на базе отделения хирургических инфекций Республиканской клинической больницы имени Г.Г.Куватова. Диссертация блестяще была защищена Сахаутдиновым в 1975 году.

Вехи трудовой деятельности в институте:

с 1970 по 1973 год В.Г. Сахаутдинов декан лечебного факультета БГМИ;

с 1973 по 1974 год – секретарь парткома БГМИ;

с 1979 по 1982 год Венер Газизович возглавлял кафедру общей, а с 1982 года - факультетской хирургии Башкирского медицинского института [2], с 1988 года - зав. кафедрой хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии. Одновременно в 1982 -1987 годах был избран ректором Башкирского медицинского института. За этот период была значительно улучшена материальная база института, открыты новые кафедры, построены новые корпуса и общежития, значительно увеличилась острепенённость преподавателей [3].

В.Г. Сахаутдинов является известным общественным, политическим деятелем, в 1995 году был избран депутатом Государственного Собрания - Курултая РБ. Два созыва активно работал в Государственном Собрании. Во втором созыве был председателем комитета по здравоохранению. Он явился автором ряда законов в сфере охраны здоровья граждан («Об ограничении табакокурения», «О частной медицинской деятельности» и др.).

Сахаутдинов Венер Газизович - автор более 500 научных работ, включая 10 монографий, 40 изобретений.

В его научные направления входят: хирургическое лечение остеомиелита; патология толстого кишечника; хирургия легких и гнойных болезней; хирургическая помощь при транспортных авариях и т.д.

Им была создана в республике хирургическая школа, под его руководством развивалась проктологическая служба республики. Его учениками являются 8 докторов и 40 кандидатов наук. Результаты его работ и учеников внедрены в клиниках России, что позволило оптимизировать раннюю диагностику остеомиелита, заболеваний органов пищеварения, эндокринных желез и опорно-двигательного аппарата.

В течение ряда лет он был председателем диссертационного совета института по хирургии, членом проблемной комиссии Минздрава СССР и АМН СССР по проктологии. За заслуги в области медицинской науки и практического здравоохранения ему присвоены звания «Заслуженный деятель науки Российской Федерации», «Заслуженный деятель науки Республики Башкортостан», «Заслуженный врач Республики Башкортостан», он награжден орденами Почета, «За заслуги перед Республикой Башкортостан», избран членом-корреспондентом Академии наук Республики Башкортостан. Он является членом редакционного совета ряда научно-практических журналов.

Большая работа В.Г. Сахаутдиновым проводится в качестве члена редакционной коллегии издательства «Энциклопедия Башкортостана».

Многим известен литературный талант В.Г. Сахаутдинова, который является автором цикла публицистических произведений, посвященных хирургии, своим коллегам – замечательным врачам-хирургам, о путешествиях и увлечениях. В Республике Венер Газизович широко известен и как писатель, публицист. Его книги (их более 10) посвящены медицине, хирургии, коллегам, проблемам подготовки медицинских кадров, медицинской науки, здравоохранения. Он является автором рассказов, очерков и публицистических статей, которые с интересом воспринимаются читателями. Написал книгу, куда вошли воспоминания о годах работы врачом, путевые заметки о хадже [4].

С годами Венер Газизович по-иному, с надлежащим уважением, стал относиться к вопросам традиционного ислама. Совершил поездку в Мекку, получил высокое звание хаджи. На свои личные средства построил в родной деревне мечеть, назвал ее именем покойной матери и передал местной общине.

В настоящее время Венер Газизович ведет большую педагогическую, научную, лечебную работу. Он и сегодня полон сил, энергии и творческих замыслов.

Заключение и выводы: Венер Газизович – не только выдающийся хирург, но и человек с большой буквы.

Несмотря на солидный возраст, он совсем не изменился. Остается таким же энергичным, остроумным и бодрым, иногда и резким, равнодушным к проблемам людей. По-прежнему преподает, ведет прием больных, помогает молодым врачам опытом и мудрым советом. Часто бывает в родном районе, с удовольствием встречается с сельчанами, хорошо знает их проблемы и заботы. Венер Сахаутдинов убежден, что пока ему дарованы здоровье и силы, он обязан служить людям, служить родной республике.

Литература

1. Абдурашидова, З. Р. Юмагузино. История в делах и судьбах / Уфа : Тау, 2005 (Тип. ГУП ГРИ Башкортостан). - 182
2. Башкирская энциклопедия. Уфа. Научное издательство «Башкирская энциклопедия». 2006 г.
3. История кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета в ГКБ № 21 /Четверть века на страже здоровья. Материалы итоговой научно-практической конференции / Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана», 2009. - С. 20-22. (Соавторы: Ипполитов Г.Н., Гайнутдинов Ф.М., Тимербулатов М.В., Субхангулов З.М., Сендерович Е.И., Ибатуллин А.А., Зиганшин Д.М.)
4. Сахаутдинов В.Г. Светя другим, сгораю сам. / ООО «Мегаполис», 2009 - 290с.

УДК 616.32.12

О.О. Тимербаева

**ОБЗОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМЕРИКАНСКОЙ АДМИНИСТРАЦИИ ПОМОЩИ В
ПЕРИОД 1921 – 1923 ГОДОВ**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. В 1921—1923 гг. в Поволжье была засуха, которая привела к голоду, большую помощь в ликвидации которого сыграла Американская администрация помощи.

Ключевые слова: Американская администрация помощи, голод 1921 -1923 годов, продовольственная и медицинская помощь, Герберт Гувер.

О.О. Timerbaeva

OVERVIEW OF US ADMINISTRATION SUPPORT DURING 1921 - 1923 YEARS

**The Department of Public Health and Health Organization IDPO course,
Bashkir State Medical University, Ufa**

Abstract. In 1921-1923 years in the Volga region was a drought, which led to the starvation of great help in the elimination of which played American Relief Administration.

Keywords: American Relief Administration, the famine years 1921 -1923, food and medical assistance, Herbert Hoover

Актуальность: События, происходившие в период голода в республиках и областях Поволжья, недостаточно описаны с позиции конкретных действий организации Американской администрации помощи, а также действий Народного комиссариата здравоохранения Башкирской АССР.

Цель исследования: Определить вклад организации Американской администрации помощи в ликвидацию последствий голода 1921—1923 гг. в Башкирской АССР.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, сравнительный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Деятельность Американской администрации помощи в России получило свое развитие в период голода 1921 – 1923 годов, охватившего территории Поволжья и Южного Урала. Активное изучение иностранной помощи в тяжелый для страны период началось примерно в 1970-х годах, так как ранее о любой помощи, оказанной со стороны США, старались упоминать вскользь. Следовательно, лишь в последнее время начали появляться редкие работы по исследованию деятельности АРА в России.

Среди основных причин голода историки выделяют следующие. Во-первых, неурожай 1920 – 1921 годов. Во-вторых, страна до конца не пришла в себя от участия в первой мировой и гражданской войнах. И в-третьих, советская власть проводила достаточно жесткую политику «военного коммунизма», а введение продразверстки лишь увеличило и без того немалые масштабы трагедии. На борьбу с голодом были брошены все силы советской власти, были приняты ряд мер по его ликвидации: создана Центральная комиссия помощи голодающим (ЦК Помгол), неполитическая комиссия по голоду, отмена продовольственного налога, создан специальный комитет помощи детям. Но вскоре советское правительство осознало, что своими силами не удастся справиться с постигшим страну бедствием. Вот, что писал о том периоде британский журналист газеты Nation, ставший невольным очевидцем разразившейся трагедии. «Слабый урожай, лишь местами солома достигает высоты в два фута. Горят торфяники. И как-то раз ночью мы наблюдали картину, как одновременно полыхало десять пожаров в лесу. Сена так мало, что крестьяне были вынуждены зарезать крупнорогатый скот, а урожай зерна в центральной России едва составил 40% от нормы. Это привело не к голоду, а к страшнейшему дефициту и нехватке. Второй год засухи оказался более трагичным. Повсюду плохой урожай, и только у государства достаточно хороший урожай в закромах» [16]. Далее он пишет, что в Поволжье урожая не было. В Астраханской губернии урожай зерна был настолько ничтожен, что его даже не убрали, все осталось на полях. В северной части региона урожай составил 10%, или самое большее 5 %. Другими словами, что посеять на следующий год есть, а вот чем питаться в это время вопрос. Учитывая, что в этом районе проживает около 30 миллионов человек. Учитывая сложившуюся тяжелую ситуацию, Советское правительство вынуждено искать помощь извне. Сперва с просьбой о помощи обратился советский писатель Максим Горький, а 2 августа 1921 года уже правительство обратилось по радио к иностранным государствам. Ряд иностранных благотворительных организации откликнулся на эту просьбу: «Миссия Нансена», «Общество друзей» (квакеры), Харбинский общественный комитет помощи голодающим, Международный рабочий комитет помощи при Коминтерне (Межрабпом), Международный союз помощи детям и другие.

Одной из первых откликнувшихся и наиболее активных оказалась Американская Администрация Помощи (сокр. АРА, от английского American Relief Administration). После продолжительных переговоров между представителями Советского правительства и Американской администрацией помощи, которые начались 10 августа 1921 года г. Рига (столица Латвии), было достигнуто соглашение, подписанное 19 августа после двух часовой конференции. Американская администрация помощи была создана в США в 1919 году по

распоряжению президента Вудро Вильсона для оказания продовольственной и медицинской помощи народам стран Европы (первоначально за исключением Германии, Австрии, Венгрии, Болгарии и Турции, которые были включены к концу 1919 года)» [15].

Руководителем данной организации был назначен Герберт Гувер, будущий 31-ый президент США. Личность многогранная и неординарная, уже в 1920-х годов было издано несколько интересных работ о его жизни и деятельности. Простое происхождение не помешало Герберту Гуверу достичь небывалых высот. С 1908 года он работал на Кыштымском медеплавильном заводе горным инженером [14]. Г.Гувер организовал акционерное общество Кыштымских горных заводов. В кыштымском музее до сих пор хранится книга «отчетов», где существует запись о том, что Гуверу принадлежала часть акций предприятия [14]. Но Октябрьская революция заставила его вернуться на родину. В 1921 году он был назначен на пост министра торговли, и начал активно заниматься исследованием рынка и промышленности, выступал за кооперацию между предпринимателями и профсоюзами.

Первая группа сотрудников Американской администрации помощи составом семь человек прибыла в Москву 27 августа 1921 года. Хотя первая продовольственная помощь АРА была закуплена на средства, полученные от проведения банкетов в пользу голодающих детей Европы в конце 1920 года. Банкетная компания называлась «Невидимый гость» и проводилась в помещениях церквей, школ, где участники обеда кушали пищу, которая выдавалась в столовых АРА голодающим детям, а после делали пожертвования. Одно место за столом с зажженной свечой было свободно. Оно символизировало «невидимого гостя» - страдающего от голода ребенка из Европы, которому требовалась помощь [2].

Центральный аппарат русского отделения американской организации разместился в Москве по адресу: Спиридоновка, 30 и начал подготовку к выполнению своей миссии непосредственно в голодающих губерниях и национальных автономиях России [3]. Территория России, охваченная голодом, была поделена на районы, в каждом районе работало десять американцев, которые занимали руководящие должности. Остальные служащие были русские граждане.

Систематически американские и русские инспекторы совершали проверки работы столовых Администрации американской помощи в уездах и кантонах. Инспекционных поездки осложнялись отсутствием дорог и страшными картинами голода и опустения. Отчеты об инспекционных поездках или двухнедельные отчеты, а также медико-санитарные отчеты о деятельности медицинских отделов Администрации американской помощи пересылались в Москву два раза в месяц. Обычно в них содержалась следующая

информация: статистика голода, смертности, данные о беженцах, количестве скота, характеристики местных советских и партийных работников, положение отдельных социальных групп, особенно интеллигенции и «бывших», особенности реализации новой экономической политики на местах, воздействие нэпа на сельское хозяйство и реакция на него крестьян и т.д., но гораздо более подробные, касающиеся отдельных уездов, волостей и даже деревень [1].

В населенных пунктах Американская администрация помощи открывала столовые, где для детей было разработано специальное меню, которое в разные дни состояло из сладкого какао, рисового пудинга, риса с лапшой, бобов и хлеба. Калорийность такого питания составляла от 707 до 896 калорий в сутки. Дополнительной программой продуктовой помощи АРА являлись посылочные операции [5]. Согласно подсчетам, один типовой набор продуктовой посылки (22,5 кг муки, 10,3 кг риса, 1,2 кг чая, 4,5 кг жира, 4,5 кг сахара, 20 банок сгущенного молока, всего 53 кг) обеспечивал семью из 5 человек питанием на неделю [4]. Несмотря на оказываемую помощь, правительство Советской России считало деятельность Американской администрации помощи контрреволюционной. Причиной такого предвзятого отношения послужил социальный состав местного персонала. В основном местный штат АРА состоял из дворян, среднего слоя горожан, и в меньшей степени из крестьян и рабочих. Преобладание дворян и горожан объяснялось очень просто, именно эти люди владели иностранными языками, а это в свою очередь способствовало налаживанию контактов и быстрому развертыванию работы. Кроме того, в штате Американской администрации помощи работали сотрудники различных комиссариатов, профсоюзов. Помимо продовольственных программ, Американская администрация помощи осуществляла медицинскую программу: поставка лекарств, перевязочного и дезинфицирующего материала, медицинских инструментов, одеял, постельного белья и пр., открытие санитарно-пропускных пунктов, вакцинацию и т.д. АРА оказывала помощь больницам, амбулаториям, детским домам, школам, интернатам, домам престарелых. Медико-санитарные отчеты, помимо данных, отражающих собственно деятельность АРА, включают в себя сведения о состоянии местных учреждений здравоохранения, детдомов и пропускных пунктов для беженцев, распространенности различных заболеваний, количестве и материальном положении медицинских работников, санитарном состоянии городов, статистику заболеваемости и смертности [1].

Наряду с продовольственной и медицинской программам, сотрудники Американской администрации помощи организовывали так называемые «субботники», направленные на ремонт школ, больниц, мостов и дорог. Создавались специальные отряды из трудоспособных

беженцев и безработных, которые получали дневное разовое питание из полевой кухни или кукурузный паек.

Деятельность Американской администрации помощи продолжалась до середины 1923 года. Герберт Гувер был удостоен официальной благодарности от Советского правительства за оказанную помощь. Но по прошествии всего лишь нескольких лет, добрые дела были забыты.

Литература

1. Аншакова Ю.Ю. Голод начала 1920-х в Поволжье в документах Американской администрации помощи // Поволский филиал Института российской истории РАН. Самара, 2011.
2. Усманов Н.В. Деятельность Американской администрации помощи в Башкирии во время голода 1921-1923 гг. Бирск, 2004.
3. Усманов Н.В. Миссия полковника Белла. О деятельности Уфимско-Уральского отделения Американской администрации помощи (1921 – 1923 гг). Бирск, 2007.
4. Федотова А.Ю. Помощь голодающему населению ТАССР советским и иностранным организациям в 1921 – 1923 гг. // Автореферат. Казань, 2011.
5. Хмелевская Ю.Ю. Миссия выполнима? Американская филантропия против первого Советского голода (К 90-летию начала деятельности Американской администрации помощи на Урале, 1921 – 1923 годы) // Вестник пермского университета. Пермь, 2011.
6. Fisher G. The Famine in Soviet Russia, 1919–1923: The Operations of the American Relief Administration. New York, 1927.
7. New York Times. 1921. 15 July.
8. New York Times. 1921. 8 August.
9. New York Times. 1921. 10 August.
10. New York Times. 1921. 12 August.
11. New York Times. 1921. 20 August.
12. New York Times. 1921. 22 August.
13. Rivers Childs. J., Cockfield Jamie H. Black Lebeda: The Russian Famine Diary of Ara Kazan District Supervisor J. Rives Childs, 1921-1923.
14. Wikipedia: https://ru.wikipedia.org/wiki/Гувер_Герберт
15. Wikipedia: https://ru.wikipedia.org/wiki/Американская_администрация_помощи
16. Current Opinion Magazine. 1921. August.

УДК 616.31.45.

Р.А. Султанов, А.Д. Абдуллина, И.Я.Имаев

ПЕРВЫЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В БАШКИРСКОЙ АССР

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом

ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Нейрохирургия в Республике Башкортостан в 21 веке является одной из лучших хирургических служб, первые операции начали производить специально подготовленные хирурги в 1930-х гг. 20 века.

Ключевые слова: нейрохирургия, первые операции, трепанация, невролиз.

R.A. Sultanov, A.D. Abdullina, I.Ya.Imaev

The First Operation In Neurosurgery In Bashkiria

Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post

graduate education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Neurosurgery in the Republic of Bashkortostan in the 21st century is one of the best surgical services, the first operations began to produce specially trained surgeons in the 1930s. 20th century.

Keywords: Neurosurgery, the first operation, trepanation, neurolysis.

Актуальность: Становление каждой хирургической службы начинается с проведением первых специализированных операций, после определенной подготовки хирургов Башкирской АССР.

Цель исследования: Проанализировать какие первые нейрохирургические операции проводили в Башкирской АССР в 1930-е гг.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: С середины 1930 х гг. в Уфе стали регулярно проводится заседания Научного хирургического общества врачей г. Уфы. В повестке дня заседаний стояли практические вопросы по лечению нейрохирургических больных, например: 1) доктор В.М. Романкевич проводит демонстрацию облегченного прибора для трепанации черепа и проведении костных швов «...К наконечнику обычной бормашины с приводом — приспособлен небольшой электромоторчик» (заседание от 5 апреля 1937 года);

2) разбирали и анализировали доклад «Травмы черепа и переливание крови», который делал Спасокукоцкий на Украинском съезде по переливанию крови по (заседание от 11 июня 1937 года);

3) профессор Г.П. Ковтунович продемонстрировал больную после пересадки кожи на черепе по Краузе у 60 летней больной с раком кожи головы (протокол №12 от 29 ноября 1937 года);

4) доктор Малявушкина доложила о случае восстановления функции нижних конечностей после удаления пули из позвоночника (заседание от 20 февраля 1946 года) и др. [1].

В историю здравоохранения Башкирии вошёл 1 й Всебашкирский научно-организационный съезд врачей, проходивший с 1 по 6 марта 1938 года. Съезд представлял собой историческое событие в жизни Башкирии, так как за все время своего существования в Башкирии не было таких представительных форумов (в работе съезда приняло участие 400 врачей). В повестку дня работы съезда были включены актуальные вопросы здравоохранения: борьба с трахомой, малярией, туберкулёзом, кожными болезнями, эндемическим зобом, имевшим как краевое значение для республики, так и касавшиеся частных проблем, а именно: вопросы травматологии, переливания крови, организации лечебного питания, курортные свойства горы Янган-Тау и др. На съезде было заслушано 24 доклада и выступило в прениях 95 человек.

С докладом «Диагностика и лечение опухолей головного мозга» выступил профессор Н.И. Савченко, который определил, что для врача необходимо решить 3 задачи: 1) доказать наличие внутричерепной опухоли, 2) определить локализацию опухоли, 3) определить вероятную гистологическую структуру опухоли. Для этого по его мнению существуют 2 группы методов лечения опухолей головного мозга: 1) неоперативные (уменьшение отёка мозга, понижение внутричерепного давления, рентгено-радиотерапия) и 2) оперативные.

Профессор Н.И. Савченко утверждает, что «...Среди мозговых операций наиболее тяжёлыми издавна считаются операции при опухолях, расположенных в субтенториальной области или в задней черепной ямке», а также «Помимо радикальной операции при опухолях головного мозга делают еще паллиативные операции. К ним прибегают при нелокализованных опухолях или при злокачественных неоперабельных опухолях. Наиболее употребительной считается т.н. декомпрессивная трепанация черепа». Поэтому закономерно было сделано заключение о том, что «Дальнейший прогресс хирургии опухолей мозга зависит от решения 2 задач. Первая из них касается диагностики и притом ранней диагностики. В этом нейрохирургу должна придти на помощь вся врачебная масса. Только при таком условии возможно своевременное вылавливание больных с начинающейся опухолью мозга, само собой разумеется, что это требует от каждого врача овладения некоторым минимумом знаний из области мозговой онкологии. Вторая задача требует сейчас

разработки строгих показаний к радикальному хирургическому вмешательству и своевременному отграничению неоперабельных случаев. Это будет возможно при дальнейшем изучении симптоматики опухолей головного мозга, использования всех возможных методов диагностической техники и при более углублённом гистологическом изучении различных форм мозговых опухолей» [2, с.97-98].

В прениях по докладу профессора Н.И. Савченко выступали: Альшуль, Данилов, Кутлубаева, Терентьев (факультетская хирургическая клиника), профессор Кадыров (клиника общей хирургии), Смеловский (больница Кренингстроя), Бурангулова (Учалинская хирургическая больница), профессор Савченко (клиника нервных болезней). Профессор Д.И. Татаринов (клиника факультетской терапии) сделал резюме председателя: «Доклад профессора Н.И. Савченко является для всех врачей Башреспублики очень актуальным. Знание нервной симптоматики очень важно для практических врачей. Организация отделения нейрохирургии (зав. М.В. Вакуленко) даёт возможность оказывать широкую помощь при нервных заболеваниях требующих операций» [2. с.99].

Выводы: 1) Из выступления профессора Д.И. Татаринова на 1 м Всебашкирском съезде врачей можно сделать вывод о том, что в 1 й Советской больнице в 30 е гг. 20 в. функционировало нейрохирургическое отделение, в котором оперировали нейрохирурги Н.Н. Байтеряков, М.В. Вакуленко.

2) Сотрудники БГМИ: Н.Н. Байтеряков, В.Ф. Воробьёв, Н.И. Савченко и др. непосредственно занимались оказанием консультативной помощи больным нейрохирургического профиля на клинических базах медицинского института.

3) В честь признания заслуг земского врача Уфимской губернской больницы М.В. Вакуленко его именем было названо хирургическое отделение 1 й Советской больницы в 1920 е гг.

Литература

1. Протоколы Башкирского хирургического общества 1936—1939 гг.
2. Медицинские научные общества Республики Башкортостан. В.М. Тимербулатов, А.Г. Хасанов, М.С. Кунафин, Г.И. Мокеев, А.У. Киньябулатов. - Уфа: ДизайнПолиграфСервис, 2008, с.97-99.

УДК 616.31.44.

Р.А. Султанов, А.Д. Абдуллина, И.Я.Имаев, А.У. Киньябулатов
ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РСФСР НУРЭЛЬГАЯН НУРИАХМЕДОВИЧ
БАЙТЕРЯКОВ — ОСНОВОПОЛОЖНИК НЕЙРОХИРУРГИИ В БАШКОРТОСТАНЕ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Заслуженный врач РСФСР, полковник медицинской службы, участник четырёх войн, орденносец Нурэльгаян Нуриахмедович Байтерьяков — пионер нейрохирургической службы в Башкирской АССР.

Ключевые слова: нейрохирургия, заслуженный врач РСФСР, полковник медицинской службы

R.A. Sultanov, A.D. Abdullina, I.Ya.Imaev, A.U. Kinyabulatov
HONOURED DOCTOR OF THE RSFSR NURELGAYAN NURIAHMEDOVICH
BAUTERYAKOV - THE FOUNDER OF NEUROSURGERY IN BASHKORTOSTAN

Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: RSFSR Honored doctor, Colonel of Medical Service, a member of the four wars, a decorated Nurelgayan Nuriahmedovich Bayteryakov - pioneer neurosurgical service in the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic.

Keywords: neurosurgery, Distinguished Physician of the RSFSR, colonel of medical

Актуальность: Становление нейрохирургической службы в Башкирской АССР произошло не 1950-х гг., а в 1930-е гг. Биография заслуженного врача Н.Н.Байтерьякова и его личный архив в ГИА РБ стали предметом изучения только в 21 веке.

Цель исследования: Проанализировать автобиографию основоположника нейрохирургической службы в Республике Башкортостан - заслуженного врача РСФСР, полковника медицинской службы Н.Н.Байтерьякова.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Заслуженный врач РСФСР Нурэльгаян Нуриахмедович (Николай Николаевич) Байтерьяков родился 28 ноября 1890 году в деревне Шланлыкуль Белебеевского уезда Уфимской губернии, ныне Буздякского района Республики Башкортостан. Участник Первой мировой (полковой врач), Гражданской (старший врач батальона и бригадный врач), советско-финской (начальник военно-санитарного поезда и

хирург) и Великой Отечественной войны (начальник медицинской части и ведущий хирург госпиталей 3 го Белорусского фронта) войн. Окончил медицинский факультет Казанского университета в 1917 году. В 1918—19 гг. заведовал Тамбовским губернским отделом здравоохранения. С 1922 года заведующий Уфимским городским отделом здравоохранения, в 1923—37 главный врач и хирург 1 й Советской больницы (ныне Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова), одновременно директор Башкирского медицинского техникума (1926—30 гг.) и преподаватель БГМИ. В 1946—65 гг. хирург медицинской службы МВД БАССР, одновременно до 1960 года начальник, в 1946—48 гг. нейрохирург госпиталя для инвалидов Великой Отечественной войны. Один из первых в республике выполнил операции на сердце (1935) и нейрохирургические — на головном и спинном мозге. Н.Н. Байтеряков является организатором хирургических клиник БГМИ. Вот как он сам вспоминал свою работу в феврале 1965 года: «...Я окончил медицинский факультет Казанского Университета в 1917 году, т.е. имею стаж 46 лет и восемь месяцев. Я работал хирургом в системе здравоохранения Башкирии и Башкирского мед. института 19 лет (с 1922 по 1941 год). Состоял ассистентом кафедры общей хирургии и госпитальной хирургии с 1934 г. по 1938 год в клиниках профессоров Аникина, Данилова и Ковтуновича. Как ассистент в клиниках вёл занятия с группами студентов. В течение нескольких месяцев до назначения и приезда профессора Аникина мне было поручено дирекцией Мединститута чтение лекций по общей хирургии. Будучи врачом я участвовал в Первой мировой войне 1917—1918 гг., затем в рядах Красной Армии во-время Гражданской войны с 1918 по 1922 год участвовал в Финской войны 1939—40 г. (пять месяцев) и наконец в Великой Отечественной войне с 1941 г. по декабрь 1945 г. работал ведущим хирургом фронтового госпиталя для старшего и высшего офицерского состава на 3-м Белорусском фронте». Всего военного стажа с участием на фронтах четырёх войн и в МВД у Н.Н.Байтерякова получилось 27 лет, а на фронте 10 лет. В 1935 г и 1936 годах по путевке Башнаркомздрава два раза был в научных командировках в Ленинграде в Нейрохирургическом институте у проф. А.Л. Поленова. В первую командировку он проходил специализацию по нейрохирургии в течение шести месяцев, а в следующем году на усовершенствовании в том же Институте в течение двух месяцев. С 1935 по 1938 г. все нейрохирургические операции на центральной и периферической нервной системе в Клинической больнице проводились им (прим. авт.: в Первой Советской клинической больнице ныне Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова). Н.Н. Байтеряков в 1946-48 годах работал консультантом по нейрохирургии в госпитале для инвалидов Отечественной войны, который находился по ул. Красина в Уфе. В этом госпитале им было проведено около 250 операций на головном и

спинном мозге по удалению инородных тел (осколков), по поводу кист, абсцессов и опухолей мозга с хорошими результатами. Много операций проделано также на периферической нервной системе по поводу повреждений и каузалгических болей (нейрорафия и нейролиз). По общей хирургии в Первой Советской клинической больнице с 1923 по 1938 гг. Байтеряков оперировал на всех органах человеческого тела: производил многочисленные резекции желудка, струмэктомии, операции на почках, мочевом пузыре, на печени, резекции печени по поводу многокамерных эхинококков, на лёгких по поводу эхинококка, абсцесса лёгкого. Две успешных операций на сердце по поводу проникающих ранений с наличием тампонады сердца (были наложены швы). Байтеряков сделал несколько операций по поводу тяжелого узлообразования кишечника (nodus) с благополучным исходом, большое количество операций произведено по поводу эхинококкоза различных органов в том числе редчайший случай эхинококка молочной железы женщины, эхинококкоз мышц бедра, кишечника и эхинококкоз правой поддиафрагмальной области (не печени!). В хирургической больнице Байтеряковым производились новые нейрохирургические операции: подкорковое подсечение пирамидных путей и обсеменение коры мозга по поводу травматических и Кожевниковских эпилепсий и хордотомии на спинном мозге по поводу гиперкинезов, операций на конском хвосте по поводу сильнейших болей после ранения и др. За 46 лет хирургической деятельности им произведено на фронтах четырёх войн и в мирной обстановке около 26 тысяч операций. Результат его работы — тысячи спасённых жизней, что постоянно поддерживало у него высокий моральный дух, энергию и большую хирургическую активность. Активно участвовал Н.Н. Байтеряков на научных конференциях врачей Республиканской хирургической больницы по следующим темам: 1) Два случая операции на сердце по поводу ранений его (наложение швов); 2) Спонтанная гангрена пальцев стопы и результаты операций по Молоткову; 3) Хордотомия переднее-бокового пучка на спинном мозге по поводу гиперкинезов; 4) Диагностика и результаты операций по поводу узлообразования кишечника; 5) Лигатурный метод аппендэктомии по материалам 2-го хирургического отделения; 6) Редкие случаи эхинококка грудной железы у женщины и мышц бедра у больного и др.. На съезде врачей Башкирии были сделаны доклады на темы: 1) О лечении гнойных ран и гнойных заболеваний кожи искусственным горным солнцем (ртутно-кварцевой лампой); 2) Рак желудка по материалам Республиканской хирургической больницы; 3) статья «Хирургия в Башкирии» была напечатана в журнале Башнаркомздрава и др. Представлены доклады в действующей армии на межгоспитальных конференциях врачей на 3-м Белорусском фронте на темы: 1) Ранение крупных суставов и результаты лечения методом ранней резекции суставов; 2) Результаты лечения ран наложением первичных и

вторичных швов; 3) Применение обыкновенного моха при лечении гнойных ран; 4) Опыт применения отработанного моторного масла для лечения гнойных ран; 5) О методах сортировки раненных при эвакуации в тыл и др. На научных конференциях врачей медицинской службы МВД БАССР были сделаны доклады и демонстрации больных на темы: 1) О частоте, диагностике и оперативном лечении аппендицитов по материалам медслужбы [1, с.6]; 2) Случай стойкого излечения рака щитовидной железы лучами Рентгена в сочетании с внутримышечными инъекциями 35% раствора сернокислой магнезии по методу Н.Н. Петрова; 3) Результаты резекций желудка при язвенной болезни по материалам стационара; 4) Демонстрация больного, оперированного по поводу большой (нагноившейся) эхинококковой кисты правой поддиафрагмальной области» и др. [4]

Родина высоко оценила вклад хирурга, организатора здравоохранения Н.Н. Байтерякова: в 1957 году ему присвоено почётное звание «Заслуженный врач РСФСР», в 1959 году воинское звание — полковник медицинской службы. Награждён орденами Отечественной войны 2 й степени (1945 г.), Красной Звезды (1944, 1948 гг.) «Знак Почёта» (1948 г.), медалями «За боевые заслуги» (1946 г.) и др. Являлся членом бюро врачебной секции Союза Медсантруда (1923—27 гг.), член Президиума Башкирского областного комитета РОКК (1924—41 гг. с перерывами). В Уфе на доме по ул. Ленина, 2, где жил Н.Н. Байтеряков, установлена мемориальная доска [5]

Выводы: Заслуженный врач РСФСР, полковник медицинской службы Н.Н.Байтеряков является основоположником нейрохирургической службы в Республики Башкортостан.

Литература

1. Лихтерман Б.Л. «Нейрохирургия: становление клинической дисциплины». М., 2007, с.14, 29.
2. Десять лет Советской Башкирии. 1919-1929. Уфа. 1929, с.368.
3. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., с.29.
4. Личное дело Н.Н. Байтерякова из архивы семьи Байтеряковых-Мыздриковых.
5. Башкирская энциклопедия. В 7 ми томах. Т.1., 2005.

УДК 616.31.43

Р.А. Султанов, А.Д. Абдуллина, И.Я.Имаев

**ПОРТРЕТНАЯ ГАЛЕРЕЯ НЕЙРОХИРУРГОВ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМЕНИ Г.Г.КУВАТОВА**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: Изучение нейрохирургии и других хирургических наук должно начинаться с изучения истории данной науки. В Республиканской клинической больнице им. Г.Г.Куватова стало хорошей традицией открытие галерей врачей, основоположников служб и направлений в хирургии Республики Башкортостан.

Ключевые слова: галерея, портрет, нейрохирургия, Республиканская клиническая больница

R.A.Sultanov, A.D.Abdullina, I.Ya.Imaev

**PORTRAIT GALLERY OF NEUROSURGEONS IN THE REPUBLICAN CLINICAL
HOSPITAL NAMED after G. G. KUVATOV**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: Study of Neurosurgery and other surgical sciences must begin with a study of the history of this science. In the Republican Clinical Hospital. G.G.Kuvatova become a good tradition opening galleries doctors founders services and trends in the surgery of the Republic of Bashkortostan.

Keywords: gallery, portrait, Neurosurgery, Republican Clinical Hospital

Актуальность: Знание истории хирургии значительно обогащает любого специалиста, к тому позволяет разработать алгоритм при планировании новых направлений в своей деятельности, а самое главное избежать ошибок своих предшественников.

Цель исследования: Анализ персоналий портретов представленных в отделении нейрохирургии Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова.

Материалы и методы: в работе использовался архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: 23 марта 2016 года в Республиканской клинической больнице разместили 16 портретов, начиная с Клары Валиевой – основательницы первого нейрохирургического отделения в республике – и заканчивая теми, кто и по сей день

продолжает спасать жизни людей. Портретная галерея состоит из двух частей: 1) нейрохирургами Башкирской АССР и 2) специалистами, которые помогли создавать нейрохирургическую службу Республики Башкортостан. В галереи представлены: Байтерьяков Нурэльгаян Нуриахмедович (1890-1974), уроженец деревни Шланлыкуль Буздякского района РБ. Окончил Казанский университет в 1917 году. Хирург организатор здравоохранения, полковник медицинской службы, Заслуженный врач РСФСР, участник Первой мировой, Гражданской, Советско-Финской и Великой Отечественной войн, где служил в качестве начальника батальона и старшего хирурга. В 1923—37 главный врач и хирург 1-й Советской больницы (ныне РКБ). В 1946—1948 нейрохирург госпиталя для инвалидов Великой отечественной войны. Один из первых в республике выполнял операции на сердце, на головном и спинном мозге.. Награждён орденами Отечественной войны 2-й ст. (1945), Красной Звезды (1944, 1948), «Знак Почёта» (1948). медалями «За боевые заслуги» (1946).

Бакиров Акрам Гумерович (1925—2001 гг.) невролог, кандидат медицинских наук, доцент, отличник здравоохранения СССР, первый декан ФУВ БГМИ. Научная деятельность посвящена лечению рассеянного склероза в республике. Под руководством А.Г.Бакирова в лечебную практику внедрён метод каротидной ангиографии.

Бунин Олег Васильевич (1937—2002 гг.) первый борт-нейрохирург Республиканской клинической больницы им. Г.Г.Куватова, первым в республике произвёл операцию передний спондилодез при переломе шейного отдела позвоночника.

Борисова Нинель Андреевна (1924 г.р.) Почётный академик Академии наук РБ доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки БАССР, заведующая кафедрой нервных болезней.

Зыков Сергей Петрович (1905—1992,)Родился в Петрограде (ныне Санкт-Петербург) хирург, нейрохирург. К.м.н. (1951). Заслуженный врач РСФСР (1958) и БАССР (1940), отличник здравоохранения СССР (1942). Участник ВОВ. После окончания Белорусского, университета (1928) работал сельским врачом в Могилёвской области Белорусской ССР. С 1941 ведущий хирург эвакогоспиталя №1738, с 1946 в БГМИ на кафедре госпитальной и общей хирургии, в 1956—74 первый заведующий нейрохирургическим отделением РКБ. Научные труды посвящены хирургии, лечению огнестрельных ранений нижних конечностей, новообразований ЦНС. Организатор нейрохирургической службы в БАССР.

Валеева Клара Гумеровна (1930-2010) Родилась в деревне Табынлыкуль Буздякского р-на БАССР. Нейрохирург, кандидат медицинских наук (1969). Заслуженный врач БАССР (1985). После окончания БГМИ работала в Кигинской ЦРБ, с 1960 в РКБ, с 1967 в БГМИ: с

1970 зав. курсом нейрохирургии. Научная деятельность посвящена хирургическому лечению новообразований ЦНС, последствий травм центральной и периферической нервной систем. Кларой Гумеровной использованы Попутные сероводородные воды нефтеносных пластов в клинике последствий повреждений спинного мозга. Главный внештатный нейрохирург МЗ РБ (1975—2003). Представитель благотворительного фонда развития нейрохирургии РБ, член Российской и Европейской Ассоциации нейрохирургов.

Вакуленко Михаил Викторович (1885—1944 гг.) земский врач, хирург, заслуженный врач БАССР. Один из первых, наряду с Н.Н.Байтеряковым и Мраморным производил нейрохирургические операции.

Каусаров Роберт Дамирович (р.1941) – первый детский нейрохирург РБ, к.м.н., главный врач ГКБ №17, отличник здравоохранения СССР, заслуженный врач Башкирской АССР и Российской Федерации.

Рахматуллин Ринад Махмутович (1939, г.Уфа), нейрохирург, кандидат медицинских наук (1999). Заслуженный врач РФ (2006) и РБ (1992), отличник здравоохранения СССР (1985). Окончил БГМИ (1964), с 1966 работал в больнице №1 г.Стерлитамак, с 1967 в РКБ (в 1973—76 командировка в Алжире. Автор св. 35 науч. трудов и 4 рац. предложений.

Слободчикова Антонина Ивановна (1910—2005), нейрохирург, ученица Н.Н. Бурденко и Б.П. Егорова, кандидат медицинских наук, доцент, заслуженный врач БАССР.

Никитин Иван Александрович доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник НИИ им. А.Л.Поленова.

Пенькова Анна Михайловна (1919—2000 гг.), травматолог-ортопед, доктор медицинских наук, профессор заслуженный деятель науки БАССР, заслуженный рационализатор СССР. Научная деятельность связана с хирургическим лечением и реабилитацией больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Пеньковой обоснованы уровни резекции желудка при язвенной болезни, разработаны методы лечения надмыщелкового перелома бедра, пластики связок коленного сустава кожно-сухожильным блоком.

Савченко Николай Иванович (1896—1980 гг.) доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки БАССР, первый заведующий кафедрой нервных болезней БГМИ. Научная деятельность посвящена изучению реакции мозга в условиях нефтеперерабатывающих производств.

Хачатрян Вильям Арамович (1951 г.р.) доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом нейрохирургии детского возраста НИИ им. А.Л.Поленова.

Сакович Владимир Петрович (1942 г.р.) доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Уральской государственной медицинской академии. Научная деятельность посвящена лечению сосудистых заболеваний головного мозга.

Дореваль Олег Николаевич (1949 г.р.) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нейрохирургии Российской медицинской академии. Сфера интересов: опухоли головного и спинного мозга, черепно-мозговая травма и ее последствия, поражения периферической нервной системы, функциональная нейрохирургия в разделе болевые синдромы, спинномозговая патология.

Выводы: Представленная галерея портретов нейрохирургов, неврологов, травматологов, хирургов, профессоров, которые создавали и развивали нейрохирургическую службу стала первая в Республике Башкортостан и ПФО.

УДК 61(09) – 036.2 (470.57)

В.А. Сбитякова. Л.С. Корнейчук

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА В БЕЛЕБЕЕВСКОМ УЕЗДЕ УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Научный руководитель: доцент, к.м.н. А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В статье приводится история становления и развития земской медицины в Белебеевском уезде Уфимской губернии.

Ключевые слова: медицина, Уфимская губерния, Белебеевский уезд.

V.A SBITYAKOVA, L.S. KORNEICHUK

ZEMSKY MEDICINE IN BELEBEEVSKY DISTRICT OF THE UFA PROVINCE

Scientific Supervisor: associate Professor A.S. Rakhimkulov

Department of Public Health and Health Organization IAPE

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Resume. In the article the history of formation and development of zemstvy medicine in Belebeevsky district of the Ufa province.

Keywords: the medicine, Ufa province, Belebeevsky district.

Белебеевский уезд образован в 1782 году в составе Уфимской области Уфимского наместничества. После реформирования наместничества в Оренбургскую губернию Белебеевский уезд с 1796 по 1865 годы входил в состав Оренбургской губернии. В 1865 году Белебеевский уезд вошёл в состав вновь образованной Уфимской губернии. 14 июня 1922 года Уфимская губерния была упразднена, территория Белебеевского уезда вошла в состав Белебеевского кантона Башкирской АССР. 20 августа 1930 года Белебеевский кантон упразднён, а его территория вошла в состав 8 районов Башкирской АССР [3].

К 1875 году, когда в уезде были созданы первое уездное земское собрание и уездная управа, на весь обширный уезд с полумиллионным населением и свыше полутысячи населенных пунктов имелась одна больница, размещенная в небольшом здании. Заведовал ею уездный врач К. К. Чайковский. Должность городского врача была вакантной.

Уездный врач значительную часть своего рабочего времени проводил в разъездах по городу. В больнице же работали один фельдшер, один смотритель, прислужник, сторож и кухарка. Из отчета управы между двумя собраниями уездного земства следует, что

медицинская служба в уезде на 1 января 1876 года была в следующем состоянии: по высочайше утвержденной смете на трехлетие с 1875 года Белебеевский уезд был разделен на 13 участков, в которых полагалось иметь 13 фельдшеров [1].

Местожителство сельского врача должно было быть в уезде и избиралось по его усмотрению. Соединение должностей по врачебной части не разрешалось, кроме больничного с должностью городского врача. Уездное земское собрание удовлетворило далеко не все предложения управы. Была учреждена полная штатная должность сельского (санитарного) врача, приглашен и больничный врач, число же уездных врачей было доведено до четырех. Штат фельдшеров был сокращен до восьми при четырех врачах и четверо – на станových квартирах (пунктах). Уезд был разделен на четыре врачебных участка и четыре фельдшерских стана. Не было начато и строительство больницы. Число повивальных бабок было установлено по одной на стан без деления на «сельскую» и «башкирскую».

В уезде то и дело вспыхивали эпидемии и эпизоотии (болезни скота), тиф, оспа, дифтерия, трахома, гинекологические заболевания, чахотка (туберкулез).

В 1894 году количество врачебных участков было доведено до шести, число амбулаторных больных, обратившихся за медицинской помощью, достигло 51669 человек, стационарную помощь в городе получили 644 больных. К этому времени в Белебеевской городской больнице стали проводить хирургические и глазные операции. Было построено новое здание больницы [2].

В уезде же первая сельская больница на 10 коек была построена в Бакалах. Расширение сети медицинских учреждений проходило с большими препятствиями – не хватало средств, часто менялись врачи, так как для них не были созданы необходимые условия.

В 1896 году в Белебее была открыта земская аптека.

В 1898 году число врачебных участков было доведено до семи, при каждом из них были «больнички» на четыре, а в Киргиз-Мияках даже на семь коек. Продолжились, вопреки предложениям врачей отказаться от этой не очень традиционной практики, выезды по базарным дням в амбулатории крупных населенных пунктов. В том же 1898 году были открыты фельдшерско-акушерские пункты в селах Шаран и Городецкое.

Однако общее состояние здравоохранения в уезде к началу нового века оставляло желать лучшего. Об этом красноречиво свидетельствует доклад организационной комиссии уездной земской управы по медицинской части очередному XXV собранию уездного земства 1899 г. В нем говорится: «Комиссия убедилась в полной невозможности для врачей работать при настоящих условиях: помещения для приемных покоев и для амбулаторий до того тесны, грязны, холодны и антигигиеничны, что только можно удивляться, как, несмотря на

такие условия жизни, «больнички» продолжали функционировать и притом довольно успешно; лучших же помещений в деревнях найти невозможно...Квартирный вопрос для врачей... тоже представляет собой одну из главных причин частого перемещения врачебного персонала, врачи положительно бегут из своих участков за невозможностью устроиться сколько-нибудь сносно» [2].

Однако большинство земских врачей самоотверженно трудились, не жалея ни сил, ни времени, ни личных средств для приобретения недостающих материалов. Наибольшим уважением среди населения пользовались врачи Я. Н. Соколов, М. И. Маркузе, В. В. Калашников, А. А. Цареградский, И. О. Калашникова, Б. П. Стуков, Л. П. Белова-Васильева, Н. В. Остроумов, П. Н. Владимирский. Главной болью для медицины того времени были трахома и особенно натуральная оспа.

Не хватало врачебного персонала, хотя в летние каникулы из студентов медицинских вузов организовывали «летучие отряды», их усилий было явно недостаточно. Выход из ситуации был найден очень простой – с 1909 года к оспопрививанию стали привлекать... учителей. Привлечение учительства к работе по охране здоровья детей дало ощутимые результаты. В Киргиз-Миякинском врачебном участке, например, в 1912 году штатные фельдшеры провели оспопрививание 129 мальчикам и 115 девочкам, а учителя, соответственно, – 1167 и 1147, в Булановском участке, где штатного оспопрививателя не было, учителями было проведено 1347 прививок, в пятом городском участке – 549.

Первая российская революция 1905–1907 годов дала серьезный толчок и для дальнейшего развития здравоохранения. С 1909 года Белебеевское земство пошло по пути планомерного развития медицинской помощи населению. В 1910 году земское собрание утвердило новое распределение медицинской сети. Фельдшерские участки были преобразованы во врачебные амбулаторные участки. Таким образом, их число к 1912 году достигло 12, а к 1919 году – 14. Однако и при новом раскладе нагрузка на врачей оставалась очень большой: на попечении одного врача с помощником-фельдшером находилось до 90 тысяч населения, разбросанного по многочисленным населенным пунктам. В Бакалинский врачебный участок входили 106 селений и 78637 жителей, Булановский охватывал 100 селений с населением 45120 человек. Расстояние от центра участка до отдаленной деревни достигало 47 верст (одна верста – 1060 м.). При этом Булановская и Чекмагушевская больницы имели всего по три койки, Киргиз-Миякинская – 10, Верхне-Троицкая – 7, в городской больнице было 40 коек. Ивановский, Шаранский и Чуюнчинский участки именовались врачебно-амбулаторными и имели по одному врачу и одному фельдшеру, чаще всего одна из этих должностей подолгу оставалась вакантной. Ежедневный прием

амбулаторных больных одним врачом составлял 60 человек, а иногда превышал и сотню и даже больше [4].

Распространенными болезнями, по поводу которых наши предки обращались к врачам, были, кроме трахомы и оспы, тиф, дифтерия, лихорадка (малярия), скарлатина, корь. Часты были так называемые «паразитические» болезни – чесотка и другие заболевания кожи.

Несмотря на старания медицинских работников, акушерская помощь роженицам даже в XX веке оставалась в зачаточном состоянии. Так, в 1908–1909 отчетном году медицинское родовспоможение было оказано всего 205 роженицам, и это при 24675 новорожденных (1907 год).

Былое недоверие к врачебному родовспоможению постепенно исчезало, но роженицы все еще обращались к медицине только в особо опасных случаях: из 205 случаев медицинского приема новорожденных 52 приходились на патологии. В 1911 году медицинское родовспоможение возросло до 270. 131 малыш был принят фельдшерами-акушерами, в 99 случаях медицинская помощь роженицам была оказана врачами на дому. Женщин-врачей в том году на весь уезд было всего две – О. И. Калашникова и Л. П. Белова (Васильева). В больничных условиях появились на свет всего 40 малышек. Не лучше обстояло дело и с педиатрической помощью. Специалистов-педиатров в дореволюционной России насчитывалось единицы, а уж в отдаленных, «богом забытых» территориях их и в помине не было.

При заболевании своих детей не только сельчане, но и горожане по-прежнему обращались к услугам целителей, о которых было сказано выше.

Естественно, при таком уровне педиатрической помощи детская смертность была весьма высокой.

В первом десятилетии XX века рост населения шел за счет естественного прироста. В том же 1909 году на территории уезда родились 28924 ребенка, умер всего 17391 человек – взрослые и дети. Среди этих 17 с лишним тысяч усопших было лиц, умерших в возрасте от 100 до 105 лет – 37 человек, 9 долгожителей почил в возрасте до 110 лет, трое – между 110 и 115, двое между 115 и 120 годами, и одна умерла 125 лет от роду [3].

Определенный толчок к развитию здравоохранения в России дала подготовка к 300-летию царствования дома Романовых (1913 год). В то время открывается врачебный участок в селе Аитове (ныне Бижбулякский район), фельдшерско-акушерский пункт в селе Усень-Ивановском.

Особое место в системе здравоохранения в крае занимало кумысолечение. Оно не финансировалось ни государством, ни земствами, однако получило довольно значительное

развитие. После открытия в 1890 году кумысолечебного санатория внучкой С.Т. Аксакова Ольгой Григорьевной, дочерью Уфимского и Самарского губернатора Г. С. Аксакова, практически на всех станциях Самаро-Златоустовской железной дороги стали появляться, как грибы после дождя, большие или маленькие, благоустроенные или без одного заведения для лечения чахоточных (туберкулезных) больных. К 1913 году их количество достигло 14. Кроме того, почти в каждом башкирском, а иногда и в русском селении вдоль железной дороги население в летнее время удваивалось – приезжали «дикие кумысники».

Наибольшей известностью, кроме санатория О. Г. Аксаковой, пользовались Андреевский санаторий Дурилина, основанный в 1898 году (сюда на лечение приезжал великий русский писатель А. П. Чехов), санаторий «Русская Швейцария» (1891 г.) в 5 км от станции Глуховская, санаторий О. В. Шафрановой на станции Шафраново.

Несмотря на свою малочисленность, медицинская служба Белебеевского земства вносила существенный вклад в дело санитарного просвещения народа: кроме лечебных процедур, врачи проводили беседы и лекции на медико-санитарные темы, организовывали праздник здоровья – День цветов.

Литература

1. Веретенникова, А. И. Записки земского врача / А. И. Веретенникова. -Уфа, 1984. 135 с.
2. Певцов, В.А. Становление земской медицины в Уфимской губернии / В.А. Певцов, Р.Т.Зайнуллин //История, современное состояние и перспективы здравоохранения Республики Башкортостан. Уфа, 1999,- С.25-28.
3. Белебеевский уезд - Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 1. А – Б / гл. редактор М.А.Ильгамов – Уфа: Башк. энцикл., 2005. – С. 415
4. Киньябулатов, А. А. Земская медицина - Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 3. З – К / гл. редактор М.А.Ильгамов – Уфа: Башк. энцикл., 2007. – С. 66-67

УДК 616.31.14.2.1

Д.А.Рахматуллина, Д.А.Гареев, Д.Г.Даутбаева

**ПРОФЕССОР В.П.ОДИНЦОВ ОСНОВОПОЛОЖНИК БАШКИРСКОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ТРАХОМАТОЗНОГО ИНСТИТУТА**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО,**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Открытие в 1926 году Башкирского научно-исследовательского трахоматозного института стало событием не только для здравоохранения города Уфы, но и для всей Башкирской АССР.

Ключевые слова: Башкирский научно-исследовательский трахоматозный институт, глазная клиника, глазная больница, трахома.

D.A.Rahmatullina, D.A.Gareev, D.G.Dautbaeva

**PROFESSOR V.P.ODINTSOV FOUNDER BASHKIR RESEARCH INSTITUTE
TRACHOMATOUS**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: Opening in 1926, the Bashkir Research Institute trachomatous was an event not only for the health of the city of Ufa, but for the whole of the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic.

Keywords: Bashkir Research Institute trachomatous, eye clinic, eye hospital, trachoma.

Актуальность: В работе представлены анализ биографии профессора В.П.Одинцова, который родился в Уфе и окончил мужскую гимназию. Работа директором глазной клиники Первого Московского медицинского института организовал Башкирский научно-исследовательский трахоматозный институт.

Цель исследования: Определить первых докторов медицины, которые работали в Оренбургской губернии в начале XIX века.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Офтальмологическая служба в Башкирской АССР получила свое развитие после становления Советской власти. До 1917 года в бывшей Уфимской губернии сеть глазных учреждений состояла из глазной лечебницы на 50 коек в г. Уфе и

глазного отделения на 10 коек в г. Стерлитамаке [1, С.3]. С первых дней Советской власти Наркомздрав РСФСР и Башкирской ССР поставили организацию борьбы с глазными заболеваниями в ряд неотложных задач. В 20-е годы XX века в Уфимской губернии основными причинами слепоты были трахома, глаукома, гонобленноррея, натуральная оспа, скрофулез, сифилис. Показатель слепоты был равен 35 на 10000 населения. Наибольшую опасность представляла трахома. В целом по Башкирии было зарегистрировано 25000 больных трахомой (1923), 35695 (1924 г.) [1, С.3]. В связи с этим на основании распоряжения Совнаркома СССР от 15 ноября 1926 г. на базе Уфимской областной глазной лечебницы на 50 коек в 1927 году был создан Башкирский научно-исследовательский трахоматозный институт Наркомата здравоохранения БАССР. Название, структура и подчинение института менялись и определялись характером научных направлений в связи с нуждами практического здравоохранения. Большая заслуга в организации института принадлежит первому наркому здравоохранения Башкирской АССР Г. Г. Куватову первым основателем и директором института был доктор мед. наук, профессор В.П. Одинцов (заведующий кафедрой глазных болезней Московского государственного университета). Он являлся одним из лучших специалистов в нашей стране по патологической анатомии глаза и глаукоме. Виктор Петрович Одинцов (11.10.1876, Уфа – 21.11.1938, Москва), доктор медицины (1917), профессор (1918). В 1885г. поступил на естественный факультет Императорского Московского университета, из которого в 1897 г. был исключен за участие в беспорядках без права поступления в высшие учебные заведения России и выслан под гласный надзор в Уфимскую губернию [2]. В 1897–1900 гг. работал статистиком в Уфимском земстве. В 1900г. выехал в Германию, где поступил на медицинский факультет Мюнхенского университета, который окончил в 1904г. После возвращения на Родину, в 1904-1906гг. работал земским доктором в Уфимской губернии, в местностях массового распространения трахомы. В 1907 – 1910гг. ординатор глазной клиники Императорского Московского университета. В 1910г. был ординатором Московской глазной больницы, где совмещал основные обязанности с руководством организованной им лабораторией. В 1911 – 1917гг. являлся ассистентом Клиники глазных болезней Императорского Московского университета, в 1917 -1918гг. - приват-доцент. В 1918г. назначен, а в 1919г. избран профессором и директором глазной клиники 1-го Московского государственного университета (Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова), которой руководил до конца жизни [2]. В.П. Одинцов был одним из ведущих отечественных офтальмологов 20-30-х гг. XX века, он являлся автором приоритетных исследований, посвященных патологической анатомии глаза и вопросам офтальмохирургии.

Разрабатывал и усовершенствовал методики оперативного лечения глаукомы, отслойки сетчатки, поражений стекловидного тела. Под руководством В.П. Одинцова проводились клинические и экспериментальные исследования, посвященные этиологии, патогенезу и лечению глаукомы. Систематически, начиная с 1910 -1911гг., выезжал в составе «глазных отрядов» для борьбы с трахомой. По инициативе и непосредственном участии В.П. Одинцова в 1926г. в Уфе был создан трахоматозный институт, которому он постоянно оказывал научно-методическую и практическую помощь. Исполняющим обязанности директора института и его заместителем по научной работе был главный врач Уфимской областной глазной лечебницы В.Н. Табаков [1, с.3]. В 1927 году в институте были открыты вирусологическое и детское трахоматозное отделения, клинко-диагностическая лаборатория, проводившая бактериологические, бактериоскопические и гистологические исследования, специальная детская амбулатория (1932 г.). К 1933 году институт имел в своем составе хирургическое, вирусологическое и два трахоматозных отделения на 125 коек для взрослых и детей, две амбулатории и клинко-диагностическую лабораторию. В этих структурных подразделениях работало 10 врачей и 9 медсестер. Институт возглавил борьбу с трахомой и проводил организационно-методическую и лечебно-консультативную работу по оказанию офтальмологической помощи населению республики, готовил кадры окулистов и средних медработников [1, с.4]. В «Докладе о деятельности правительства БАССР в 1926/27г.» упоминается следующее: «... Из числа имеющихся 10 больниц 4 являются областными больницами – психиатрическая, физинститут, Трахоматозный институт и приемный покой при БЦИК...» [3]. В отчете о деятельности Башнаркомздрава за первое полугодие 1927/1928 г. указано: «Из-за недостатка средств на зарплату Трахоматозный институт удалось развернуть лишь на 40%...» [4]. В докладе председателя СНК БАССР Мухаметкулова на VII Всебашкирском съезде Советов на заседании 17 марта 1927 г. также имеется упоминание об открытии института: «В нынешнем году для борьбы с трахомой открывается специальный Трахоматозный институт...» [5]. Открытие института было в 1926 году, но первых больных институт принял в 1927 году. Профессор В.П.Одинцов является автором учебника «Курс глазных болезней», выдержавшего 5 изданий и до настоящего времени востребованного офтальмологами: один из авторов, руководитель авторского коллектива и редактор фундаментального «Руководства глазной хирургии». Инициатор и организатор издания «Русского офтальмологического журнала». Ученики В.П. Одинцова – В.Н. Архангельский, Г.Х. Кудояров, А.Я. Самойлов, Е.А. Хургина, А.Г.Ченцов и др. Профессор В.П.Одинцов состоял председателем правления Московского и членом президиума Всероссийского офтальмологических научных обществ, членом президиума

Всесоюзной ассоциации глазных болезней, ответственным редактором «Русского офтальмологического журнала». Имя В.П. Одинцова носила клиника глазных болезней 1-го ММИ (1939 – 1973гг.). В Уфе в Уфимском НИИ глазных болезней, Башкирском государственном медицинском университете, лицее №11 г.Уфы имеются стенды, посвящённые уфимцу профессору В.П.Одинцову. Его основными научными работами являются: Руководство глазной хирургии.-М.-Л., 1933-1934.-Т. 1-2 (автор ряда глав и ред.); Курс глазных болезней.-1-е изд.-М.-Л., 1936; 5-е изд.-М., 1946.

Выводы: 1. Открытие в Уфе в 1926 году Башкирского научно-исследовательского трахоматозного института (с 1965 г. - Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней) неразрывно связано с именем профессора ВП. Одинцова - уроженце г.Уфы, который приезжая из Москвы в Уфу в отпуск проводил большую работу по организации и подготовки к открытию института.

2. Народный комиссар здравоохранения Башкирской АССР Г.Г. Куватов помог профессору В.П. Одинцову организовать первый коллектив офтальмологов трахоматозного института, среди которых был будущий профессор и директор института Г.Х.Кудояров.

Литература

1. Исторические вехи Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней. Уфа, 1992. - 16с.
2. Деятели медицинской науки и здравоохранения - сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. Биографический словарь. 1758-2008 гг./ Под ред. М.А.Пальцева, А.М.Сточика, С.Н.Затравкина. - 1-е изд. - М.: Издательство «Шико». 2008. - С.407.
3. ЦГИА РБ. Фонд Р-933, оп.1, д.500, л.8об.
4. ЦГИА РБ. Фонд Р-933, оп.1, д.783, л.5об.
5. ЦГИА РБ. Фонд Р-394, оп.5, д.40, л.126.
6. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917-1980 гг.). Уфа, 1981, 408с.

УДК 616.31.7

Д.Е. Лобанов, В.Д. Чистонов

**НАУЧНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БАШКИРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Научно-исследовательская работа на кафедре физической культуры в Башкирском государственном медицинском университете ведется с первых дней основания кафедры. Значительные успехи в развитии научных исследований на кафедре отмечаются в последние 5 лет.

Ключевые слова: наука, исследование, диссертация, конференции, тренировочный и соревновательный процесс.

D.I. Lobanov, V.D. Chistonov

**SCIENTIFIC WORK OF THE DEPARTMENT OF PHYSICAL EDUCATION
BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: Research work at the Department of Physical Education at the Bashkir State Medical University conducted since the early days of the department foundation. Significant progress in the development of research in the department noted in the last 5 years.

Keywords: science, research, thesis, conferences, training and competitive process.

Актуальность: Научная работа каждой кафедры имеет исключительное значение для её развития, особенно при преподавании физической культуры в свете Программы ФГОСЗ+ на современном этапе.

Цель исследования: Анализ научной работы кафедры физической культуры Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Основной задачей исследования было проанализировать научную деятельность кафедры физической культуры БГМУ за последние пять лет.

С 2012 года коллектив кафедры физической культуры (зав. каф. – к.б.н., доцент Гайнуллин Р.А.) совместно с кафедрой общественного здоровья и организации

здравоохранения с курсом ИДПО (зав. каф. – д.м.н., профессор Шарафутдинова Н.Х. проведено 8 Всероссийских научно-практических конференций по истории медицины, физической культуры и спорта: I Всероссийская — «Опыт советской медицины и физической культуры в Великой Отечественной войне» (14 декабря 2012 года, г.Уфа, Музей 112-й Башкавдивизии); II Всероссийская — «Медицинский факультет Казанского Императорского университета — Казанский государственный медицинский университет» (1 июня 2013 года, г.Казань, КГМУ); III Всероссийская — «История медицины, физической культуры и спорта» (22 июня 2013 года, г.Бирск, БГСПА); IV Всероссийская — «Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. 150 лет Национальному музею Республики Башкортостан» (7 декабря 2013 года, г.Уфа, Музей 112-й Башкавдивизии); V Всероссийская — «Церковь – эвакогоспиталь №3767 – средняя школа №10» (6 мая 2014 года, г.Уфа, Средняя школа №10); VI Всероссийская — посвящённая 65-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки Республики Башкортостан, профессора Н.Х. Шарафутдиновой (27 июня 2014 года, г.Бирск, Бирский филиал БГУ); VII Всероссийская — посвящённая 70-летию Победы в Великой Отечественной войне «Эвакогоспиталь 3765» (18 апреля 2015 г., г.Уфа, Гимназия №91); VIII Всероссийская — «XXI век – Эра милосердия» совместно с Благотворительным фондом «Имени сестры милосердия Екатерины Бакуниной» (24 ноября 2015 г., г. Уфа, БГМУ); IX Всероссийская научно-практическая конференция по истории медицины, физической культуры и спорту «Форсайт медицины XXI века» (12 февраля 2016 г., г. Уфа, БГМУ). На данных конференциях были представлено свыше 60 докладов, которые связаны с историей физической культуры и спорта, культивируемых в Башкирском государственном медицинском университете. В 2016 году кафедра физической культуры совместно с кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО планируют провести Всероссийские научные конференции по истории медицины, физической культуры и спорта в гг. Ижевск, Оренбург, Бирск (Ижевская государственная медицинская академия, Оренбургский государственный медицинский университет, Бирский филиал БГУ).

Три выпускника БГМИ, имеют второе высшее образование по физической культуре (специальность «преподаватель физической культуры») к.м.н., доцент Колпиков С.Н. (Ленинградский государственный институт физической культуры им. П. Ф. Лесгафта.), к.м.н., доцент Киньябулатов А.У., д.м.н., профессор Мокеева Е.Г. (оба – Бирская государственная социально-педагогическая академия). Доценты Киньябулатов А.У. и Мокеева Е.Г. на протяжении нескольких лет работали на кафедре физического воспитания в УГАТУ. Профессор Мокеева Е.Г. работает в Национальном университете физической

культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта (С.-Петербург), её научная деятельность посвящена изучению иммунных дисфункций и их профилактике у высококвалифицированных спортсменов и др.

Активная жизненная позиция, которая вырабатывается у студентов, является результатом их активного занятия спортом во время учёбы. В последующие годы они продолжают отстаивать эти интересы на государственном уровне, работая народными депутатами различного уровня – РФ в Государственной Думе (Утяшева Р.А.), РБ в Курултае-Государственного Собрания РБ (Павлов В.Н., Гумеров И.Р., Никитин Н.И. и др.). Главные врачи, заместители главных врачей, врачи и сотрудники лечебно-профилактических учреждений республики являются депутатами городского и районного значения во всех 54 районах и 21 городах республики, анализ их биографий показывает, что все они во время учёбы в университет (институте) активно занимались спортом.

Сотрудники кафедры (Гайнуллин Р.А., Морозов Н.А., Назметдинова Р.С, Утяшев З.Х., Яркин Ю.В. и др.) оказывают большую помощь в написании научных статей «Гребля народная», «Лыжный спорт», «Спорт», «Физическая культура» для многотомного издания Башкирская энциклопедия, энциклопедического справочника «Медики Республики Башкортостан», а также подготовки видеосюжетов по различным соревнованиям, проводимых в стенах университета.

Большую совместную работу кафедра физического воспитания проводит с Республиканским врачебно-физкультурным диспансером (главный врач – заслуженный врач РБ Кутлиахметов Наиль Саитович). Сразу же после открытия в 1952 году диспансера многие выпускники БГМИ возглавили структурные подразделения РВФД (Берг А.А., Афанасенко Р.Ф., Черкасов А.Р.). Многие спортивные врачи РВФД, будучи студентами, показали высокие результаты с выполнением спортивных разрядов – кандидаты в мастера спорта СССР и I разрядов: Афанасенко Р.Ф., Голубева Н.Л. (фигурное катание), Мокеева А.В. (спортивная гимнастика), а Русских (Мараховцева) О.Л. выполнила норматив мастера спорта СССР (спортивное ориентирование), необходимо отметить такой факт, что наша выпускница БГМИ Бикбаева Наталья Федоровна (заведующая отделением спортивной медицины ГАУЗ Республиканский врачебно-физкультурный диспансер) стала «Лучший врач медицинской реабилитации» в Российской Федерации.

Вывод: 1. Коллектив кафедры физической культуры БГМУ проводит большую научную работу, результатом чего стало проведение девяти Всероссийских научно-практических конференций по истории медицины, физической культуры и спорта.

2. В 2016 году коллектив кафедры физической культуры планируют провести 3 Всероссийские научно-практические конференции.

УДК 616.31.4

Д.Е. Лобанов, В.Д. Чистонов

**СТАНОВЛЕНИЕ КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БАШКИРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Кафедра физической культуры Башкирского государственного медицинского университета сыграла исключительную роль в подготовке врачей для Республики Башкортостан, особенно в период Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: кафедра физической культуры, соревнования, физическое воспитание, медицинский институт.

D.I. Lobanov, V.D. Chistonov

**ESTABLISHMENT OF THE DEPARTMENT OF PHYSICAL EDUCATION
BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: The Department of the Bashkir State Medical University of Physical Culture has played a crucial role in the training of doctors for the Republic of Bashkortostan, especially in the Great Patriotic War.

Keywords: Department of Physical Education, competition, physical education, medical institute.

Актуальность: Трудности в организации и становления кафедры физической культуры Башкирского государственного медицинского университета, стали залогом успешного её развития на современном этапе.

Цель исследования: Анализ становления кафедры физической культуры Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Основной задачей исследования было проанализировать этапы становления педагогического коллектива БГМИ.

Основными методами данного исследования были исторический, биографический, архивный.

Постановлением СНК РСФСР от 25 марта 1932 г. в г. Уфа открывается Башкирский государственный медицинский институт, в котором с 15 ноября 1932 года начинаются регулярные практические занятия. С 10 ноября 1932 года в штат института была зачислена первый преподаватель физической культуры Павлова. В 1933 году в институте создается курс военно-физкультурных дисциплин. Руководителем курса назначен Сафаров Р.И. Во всех приказах медицинского института, созданный курс стал называться кафедрой военно-физкультурных дисциплин. С 1935 года в штат кафедры вводится должность старшего преподавателя курса физической культуры, на данную должность назначен Шепелев Л.И. Название кафедры военно-физкультурных дисциплин изменяется еще несколько раз, например, в 1942 года она называется кафедрой военно-санитарной и физической подготовки, где по-прежнему сохраняется курс физической подготовки. С 1943 года происходит деление на две кафедры военно-санитарной и общевойсковой подготовки. В 1944 году вновь произошло слияние этих кафедр в единую кафедру военно-медицинской подготовки.

Приказом № 97 от 30 июня 1948 года из кафедры военно-медицинской подготовки выделяется курс физического воспитания и врачебной физкультуры. Заведующим по совместительству назначается начальник военно-медицинской подготовки полковник Шаншейн М.Б., старшим преподавателем - Леманов Б.К. Подполковник Шаншейн Михаил Борисович, в годы Великой Отечественной войны являлся начальником санитарного отдела 45 Армии, проделал большую работу по налаживанию Санитарной службы армии за что был награжден орденом Красной Звезды.

С 1949 года курсом руководит врач Волосков Е.П., с 1 сентября 1950 года он становится первым заведующим кафедрой физического воспитания и врачебного контроля, возглавляя ее по 7 августа 1952 года.

С 1952 по 1958 годы кафедрой заведовала старший преподаватель Яковлева Е.П., участница Великой Отечественной войны. С 1958 по 1962 годы кафедрой заведовал — кандидат медицинских наук, доцент Прусаков И.Ф. С 1962 по 1984 годы заведующим кафедрой физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры работал выпускник БГМИ 1952 года, кандидат медицинских наук, доцент Кованов Георгий Васильевич, участник Великой Отечественной войны, награжденный орденом Красной Звезды, медалями.

В 1985 году заведующим кафедрой назначен кандидат медицинских наук, доцент Колпиков Сергей Николаевич, выпускник Ленинградского государственного ордена Ленина и Боевого Красного знамени института физического института им. П.Ф. Лесгафта.

С 1986 по 1997 годы кафедрой заведовал кандидат биологических наук, доцент, мастер спорта СССР Молодцов Евгений Александрович, выпускник химического факультета БГУ.

С 1998 по 2012 годы кафедру возглавлял выпускник БГМИ, кандидат медицинских наук, доцент Мусин Зубаир Харисович.

В 2012 году исполнял обязанности заведующего кафедрой доцент Морозов Николай Александрович.

С мая 2012 года кафедру возглавляет кандидат биологических наук, доцент Гайнуллин Руслан Анварович, выпускник Челябинской академии физической культуры.

С 1932 по 2015 годы на кафедре работали преподаватели Абдуллин М.Г., Айтмухаметов Н.З., Акчурин Б.Г., Алфеев Г.М., Арефьев В.С., Арсланова Г.А., Аскарлова З.Р., Ахматьянова З.Р., Багаутдинов Р.М., Бажин М.О., Бартдинова Г.А., Бикташев М.Р., Быков В.И., Быков С.Н., Гайнатуллина Ф.С., Ганиев А.А., Гареев Ш.Х., Гарифуллина Г.Т., Голбан Е.П., Гусева А., Гуцол Е.В., Давлетбердин Р.Н., Демченко А.В., Дизенко И.Е., Долгих Т.М., Занина Л.Ф., Зенцова Н.Г., Игнатов, Иртуганов Р.Р., Званитайс В.И., Иманаева Г., Кашин С.М., Колоскова Т.М., Колпиков С.Н., Кондратьев В.Ф., Кузнецова И.В., Куликов В.Б., Кутепов, Латыпов Ф.Р., Латухов С.В., Леманов Б.К., Мамлеев Т.К., Морозов Н.А., Морозов Ю.К., Мукминов И.Б., Мусин З.Х., Набиуллин Г.Х., Низамутдинова Р.С., Никитин Н.С., Нырков В., Орлова А.Г., Павлова, Прокушев В.П., Разбежкин В.Н., Разбитных Г., Разоренова К., Романов В.П., Самигуллин, Самсонадзе, Сатаев У.Б., Сафаргалина Л.Н., Середин А.С., Сергеева Л., Симонов В.И., Синицин В.И., Спицина Л.А., Стародубцева О.Ю., Сташины П.У. и С.У. (братья), Сулейманова З.Г., Сусенков А.Г., Татуков О., Тронов Ю., Усманов Э.Г., Утяшев З.Х., Фазлетдинов Р.З., Хаматдинов И.Ф., Хасаньянова Р.М., Фаризов М.Т., Хайритдинова Л.Д., Хафизов Э.Х., Черепинский С.Я., Шепелев А.И., Юсупов И.Р., Яковлева Е.П., Яркин Ю.В., Ящук И.В.

В настоящее время на кафедре физической культуры работают заведующий кафедрой Гайнуллин Р.А., завуч кафедры Гизетдинова Л.Р., доценты Бартдинова Г.А., Гайсина А.Х., Исаков В.А., Шафикова Л.Р., Яркин Ю.В., старшие преподаватели Абзалилов Р.Я., Валеев М.А., Сулейманова З.Г., Усманов Э.Г., Хамидуллин А.И., Хусанов Д.З., Юсупов И.Р., преподаватели Галиакберов Р.Р., Галимов А.М., Галимов Ф.Х., Гумеров И.И., Заболотный О.А., Князева Т.В., Колесникова Ю.И., Крючкова С.А., Курамшин Р.Ф.. На 1 января 2016 года на кафедре работают 4 кандидата наук.

Лаборантами кафедры работали в разные годы: Борисова М.К., Ирнараров Р.А., Лазуткина М.В., Маслова С.С., Мустаев Ф.Ф., Сайфутдинова А.Ш., Тамиева З.С. и др., а в настоящее время работают: старший лаборант Хусанова О.В., лаборанты Адыева С.В., Валеева А.И., Янгалин Р.М.

Заведующими учебной частью кафедры работали: Яковлева Е.П. (1958—60 гг.), Леманов Б.К. (1960—72 гг.), Морозов Н.А. (1972—73 гг.), Багаутдинов Р.М. (1973—74 гг.), Середин А.С. (1974—85 гг.), Морозов Н.А. (1985—2012 гг.), Гизетдинова Л.Р. (с 2012 г.). На кафедре защищено 10 кандидатских диссертаций: Колпиков С.Н. – к.м.н., 1970 г., Званитайс В.И. – к.м.н., 1970 г., Кованов Г.В. – к.м.н., 1972 г., Багаутдинов Р.М. – к.б.н., 1972 г., Абдуллин М.Г. – к.п.н., 1986 г., Мусин З.Х. – к.м.н., 1989 г., Фазлетдинов Р.З. – к.м.н., 1990 г.,

Акчурин Б.Г. – к.соц.н., 1995 г., Аскарора З.Р. – к.фил.наук, 2012 г., Латухов С.В. – к.б.н. 2014 г.

Вывод: 1. Коллектив кафедры физической культуры прошёл большой путь при своём формировании, что сказалось на количественном его составе.

2. В настоящее время коллективу кафедры физической культуры предстоит решать новые задачи в рамках изменения программы обучения ФГОСЗ+.

Литература

1. Архив сотрудников кафедры физической культуры БГМУ.

УДК 61 (092)

Л.С. Корнейчук, В.А. Сбитякова

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДИНАСТИИ
СОКОЛОВЫХ – А.Я. СОКОЛОВ**

Научный руководитель: доцент, к.м.н. А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. В статье приводится краткая история жизни и деятельности медицинской династии Соколовых в целом, и представителя третьего поколения – А.Я. Соколова, в частности.

Ключевые слова: Соколовы, Николай Иванович Соколов, Яков Николаевич Соколов, Александр Яковлевич Соколов, Белебей.

L.S. KORNEICHUK, V.A. SBITYAKOVA

**REPRESENTATIVE OF THE THIRD GENERATION OF MEDICAL DYNASTY OF
THE SOKOLOVS – A.YA. SOKOLOV**

Scientific Supervisor: Assoc. Prof. A.S. Rakhimkulov

Department of Public Health and Health Organization IAPE

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Resume. The article provides a short history of the life and practice of the medical dynasty of the Sokolovs in general, and the representative of the third generation – A.Y. Sokolov in particular.

Keywords: The Socolovs, Nikolay Socolov, Yakov Sokolov, Alexander Y. Sokolov, Belebey.

Актуальность: Представители медицинской династии Соколовых участвовали в становлении и развитии здравоохранения г. Белебей. Александр Яковлевич в течение долгого времени был главным врачом, слава о нем ходила по всей республике, он является достойным примером для современных врачей, которые боятся жить и трудиться в провинциальных городках.

Цель исследования: изучение биографии членов семьи и А.Я. Соколова, воспоминаний современников о докторе, определение роли Соколовых в развитии и становлении здравоохранения в г. Белебее.

Материалы и методы: был применен исторический метод социально-гигиенических исследований, а именно: книг, архивных данных историко-краеведческого музея г. Белебей.

Результаты и обсуждения. Основателем этой династии был Николай Иванович Соколов (1809-1859), он окончил Казанский университет по специальности «Лечебное отделение», отец его, Иван Соколов, был коллежским секретарем. Николай Иванович окончил Казанскую гимназию, затем обучался в университете с 1830 по 1836 гг. и получил звание «Лекарь III степени». Работал заводским лекарем в городе Миасс Уфимской губернии.

Продолжателем дела отца стал сын Николая Ивановича и Наталии Михайловны Соколовых - Яков Николаевич (1854 -1919г.). По окончании курса медицинских наук в Императорском Казанском Университете со степенью лекаря (свидетельство 18-го июля 1881 №1539) и званием уездного врача (свидетельство 25 июля 1881г. №864) поступил на службу врачом по Белебеевскому уездному земству.

Он проработал в г. Белебее с 1881 г. по 1919 г. По данным Земства в 1912 г. в г. Белебее были земская больница и амбулатория, которые обслуживали город и весь уезд, в больнице работало 3 врача: Соколов Яков Николаевич – уездный врач, заведовал больницей и хирургическим отделением; Белова-Васильева Людмила Павловна – терапевт и заведующий родильным отделением – Маркузе Марк Иссакович, также трудились 4 человека среднего медицинского персонала [1].

Больница была смешанного типа на 50 коек, размещалась в 2-х небольших корпусах по большой Уфимской улице (Красноармейской); состояла из мужского и женского отделений, в которых лежали больные с разными болезнями, а в женском корпусе находились ещё и роженицы. Рядом с больницей в деревянном доме была амбулатория, в 1913г. вместо деревянного построили кирпичный дом.

Много людей умирало от чахотки, больные годами «чахли», специализированных больниц не было, кумыс немногим был доступен. В борьбе с туберкулезом ежегодно 1-го мая проводился «День ромашки» [2]. В лесу (ныне парк им. Чапаева) за винным складом устраивались гуляния и собирались пожертвования. Все средства шли в помощь туберкулезным больным.

Яков Николаевич в городе и уезде пользовался непререкаемым авторитетом. Дослужился до чина Коллежского советника и был награжден орденом Святого Станислава 3-ей степени. Помимо должности земского врача Я.Н.Соколов занимал должность Белебеевского городского врача, являлся почетным Мировым судьей по Белебеевскому уезду, членом Белебеевского Училищного Совета. Был женат на Марии Васильевне Софотеровой, дочери протоиерея одного из храмов Белебея.

Александр Яковлевич родился 20 августа 1886 года. Обучался в Казанской гимназии, затем с отличием окончил медицинский факультет Казанского университета. После окончания университета он некоторое время работал участковым врачом в Белебеевском земстве и Аитовской больнице (находится в Бижбулякском районе). Потом были работа врачом-хирургом в Казани, служба на фронтах первой мировой войны, насильственный призыв в белую армию, кратковременное пребывание в Алма-Ате.

В феврале 1922 года Александр Яковлевич Соколов возвращается в родной город. В 1924-1948 гг. он непрерывно работал главным врачом Белебеевской районной больницы, одновременно преподавал на курсах Российского общества Красного Креста, а с 1936г. – в Белебеевской школе медсестёр, заведовал кабинетом переливания крови, вёл амбулаторный прием по хирургии в городской поликлинике.

Состояние здравоохранения было плачевным. Александр Яковлевич Соколов с оптимизмом взялся за его подъём. О том, с чего начал свою работу главврач, говорит его докладная в Башнаркомздрав, написанная в августе 1924 году: «...в больнице отсутствуют элементарные вещи для больных... Нехватка белья, инструментов... Грязь, клопы, худой самовар и дым, напущенный в корпус при кипячении самовара... Больница старая, требует капитального ремонта... В нынешнем году (1924) на ремонт отпущено три тысячи рублей вместо требующихся тридцати тысяч рублей, но и эти деньги больница не может получить... Гнойное отделение требует ремонта в первую очередь, оборудование больницы старое... Получили две тысячи четыреста метров мануфактуры, тогда как по нормам наркомата здравоохранения полагалось шесть тысяч пятьсот метров. Главная основа – хлеб: четыреста, а иногда и триста грамм, который не всегда получаем своевременно. Наряды на жиры, мясо незначительны. Всё это вынуждает администрацию больницы допускать посещение больных без халатов, допускать передачу продуктов со стороны...» [3]

Воспоминания врачей, работавших вместе с Александром Яковлевичем, создают его творческий и личностный портрет.

Ученик Соколова, талантливый врач М. В. Бородаенко:

«Мне довелось познакомиться с Александром Яковлевичем задолго до того, как я посвятил себя медицине. В раннем детстве, будучи в гостях у дедушки, я заболел дифтерией с тяжёлым осложнением. Александр Яковлевич сделал операцию и спас меня. По тем временам это было нелегко сделать.

Вторая встреча с доктором Соколовым произошла у меня в годы войны: он сделал сложнейшую операцию моему шестилетнему брату Киму, затем сделал две операции мне. Так что, прежде чем стать учеником Соколова, я был его пациентом. Ухаживая в больнице за

братом, я невольно наблюдал с детской любознательностью за этим суровым, строгим внешне человеком. И казался он мне необыкновенным. Впрочем, необыкновенным он и был. Госпитали, поликлиники, больница, круглосуточные бдения в операционной у постели оперированного, общественная работа, казалось, не утомляли его. В любое время суток Александр Яковлевич был там, где нужна была его помощь.

Выбор мною профессии медика во многом, если не во всём, зависел от знакомства с А.Я. Соколовым. В 1954 г. я начал работать вместе с Александром Яковлевичем. Это был человек и учитель с большой буквы. Он постоянно, тактично, неназойливо передавал свои богатейшие знания молодым. При близком общении раскрывались его эрудиция, обаяние, чуткость. Он был хирургом широкого профиля, как принято говорить сейчас. Благодаря ему, мы, его ученики, овладели многими видами операций. Вместе с тем Александр Яковлевич постоянно учился, советовался с молодёжью, активно внедрял новые методы лечения. Под его руководством с 1958 года в городе широко стали внедряться операции на желудке, печени, почках, мочевом пузыре, онкологические операции и многие другие.

А.Я. Соколов не порывал свои связи с больницей до последних дней жизни. Оптимизм, величайшая сила волн, стремление не портить хорошее настроение людям остались даже после того, как он сам перенёс тяжёлую операцию» [3].

Вспоминает А. Насыров, заслуженный работник культуры БАССР: «Александра Яковлевича я знал в продолжение многих лет. Он был для меня и лечащим врачом, и товарищем по работе.

Хорошо помню случай, который произошёл в медицинской комиссии при Башкирском военном комиссариате, когда я собрался поступить в военное училище. Хирург по фамилии Мраморный заметил шов на моём теле и спросил: «Не Соколов ли вам делал операцию? Такой шов делает только он». Мне было приятно слышать эти слова.»

А. Вершинина: «В 1956 году я в составе группы студентов Башкирского медицинского института приехала на практику в Белебеевскую районную больницу. До этого много добрых слов слышала о чудесном докторе Александре Яковлевиче Соколове. О нем слава ходила по всей Башкирии. И вот я вижу его сама. Высокого роста, полноватый, крупные черты лица. На нас смотрит чуть насмешливо. Познакомившись со студентами, он, прежде всего, попросил показать руки. Из десятирых он отобрал для практики в хирургическое отделение четверых. И тут же спросил: «Как будем работать: от и до или сколько потребуется?» Мы ответили: «Сколько потребуется».

А.Я. Соколов был очень строг, но справедлив. Он не терпел беспорядка, равнодушного отношения к больным. Работать с ним было интересно и почётно. Он заставлял нас

находиться там, где требует дело. Мы чувствовали себя нужными людьми. Александр Яковлевич не любил рассказывать о себе. А если и вспоминал случаи из своей богатейшей врачебной практики, то говорил «мы». Ему была доступна любая операция, будь то ювелирная при ранении глаза или ответственной на сердце. К сожалению, он не обобщил свой опыт. Это был доктор от Бога. Хирург по специальности, он успешно лечил больных от многих болезней. Авторитет его как врача-универсала был высок и непререкаем. В работе он был строг и требователен к себе и к своим помощникам, медицинским сестрам, санитаркам. Был решительно настроен против тех, кто пытался отблагодарить доктора каким-то подарком. Не раз видели мы, как выпроваживал с крыльца таких людей без церемоний» [3].

По состоянию здоровья в 1943 году переведён заведующим хирургического отделения, эту должность занимал до 1958 года.

Родина высоко оценила заслуги Соколова А.Я. в развитии медицины. За свою долголетнюю и добросовестную трудовую деятельность он удостоен многих почётных грамот, благодарностей. В 1942 году ему присвоено звание "Заслуженный врач БАССР", а в 1949 году - "Заслуженный врач РСФСР". А.Я. Соколов награждён двумя орденами Ленина, орденом "Знак Почёта", медалями и Почётной грамотой Президиума Верховного Совета БАССР, ему присвоено звание "Почётный гражданин города Белебея".

Заключение и выводы. Белебеевцы помнят своего великого врача-хирурга. В 1986 году в честь столетия со дня его рождения на доме, где он жил, установлена мемориальная доска на башкирском и русском языках, она гласит: *«В этом доме с 1886 по 1968гг. жил заслуженный врач РСФСР и БАССР почётный гражданин города Белебея Соколов Александр Яковлевич».*

Все представители семьи Соколовых достойно несли высокое звание врача, за годы своего труда они проявили себя не только как талантливые врачи, но и умелые организаторы здравоохранения. Александр Яковлевич по праву может считаться примером для современных врачей.

Литература

1. Веретенникова, А. И. Записки земского врача / А. И. Веретенникова. – Уфа, 1984. 135 с.
2. Киньябулатов, А. А. Земская медицина - Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 3. З – К / гл. редактор М.А.Ильгамов – Уфа: Башк. энцикл., 2007. – С. 66-67
3. Соколовы - Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 7. С – У / гл. редактор М.А.Ильгамов – Уфа: Башк. энцикл., 2007. – С. 11

УДК 616.35.33.1

Е.С. Карпова, О.Р. Тюменева

ПОВИВАЛЬНЫЕ БАБКИ В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО,**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. В Уфимской губернии работа первых повивальных бабок стало базой для развития акушерства и гинекологии в Башкирской АССР.

Ключевые слова. повивальные бабки, Уфимская губерния, первые больницы.

E.S. Karpova, O.R. Tyumeneva

MIDWIFE IN UFA PROVINCE

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract. In Ufa province midwives work first became a base for the development of obstetrics and gynecology at the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic.

Keywords. midwives, Ufa Province, the first hospital.

Актуальность: Организация медицинской помощи в Уфимской губернии в середине XIX века, включала в себя 6 уездов, 4 из которых вошли в состав Республики Башкортостан в XX веке.

Цель исследования: Определить кто из первых повивальных бабок работал в Уфимской губернии на территории современного Башкортостана.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: В 1830 году в Уфе в больнице было 38, в богадельне – 47 призреваемых. В 1833 году Попечительным о бедных комитетом была основана женская больница, просуществовавшая до 1837 года. Это учреждение размещалось в пожертвованном комитету «временным обществом для вспоможения погоревшим в 1821 г. в Уфе жителям, деревянном доме» [1].

Ввиду неудобности помещения уфимской больницы Приказа общественного призрения Оренбургский гражданский губернатор Н.В. Жуковский 24 января 1835 года признал крайне необходимым построить новое здание больницы. На основе данных нескольких лет было решено «устроить оную на 100 кроватей», о чем Жуковский доложил министру внутренних

дел. Составление плана и сметы больницы Оренбургская строительная комиссия поручила губернскому архитектору Я.И. Алфееву.

В апреле 1835 года в Уфе кроме лекарей Виноградова, Александрова и Степанова работала старшая повивальная бабка – Франциска Грачева, место младшей повивальной оставалось вакантным. Кроме того, при больнице от Приказа общественного призрения находились: штаб-лекарь Франц Стынульковский, лекарские ученики: старший – Сергей Лисин, младший – Андрей Васильев.

В 1836 году врачом при заведениях Приказа общественного призрения работал лекарь Иосиф Гординский, а при земской управе находились повивальные бабки Франческа Грачева и Изабелла Пекарская. За содержание мещеряков в больнице в августе 1836 года было уплачено 35 рублей [2].

По данным о медицинских учреждениях за 1837 год в Уфе функционировала одна больница, в которой работал 1 врач, 12 человек «служителей»; за год находилось на лечении 1007 больных. В доме умалишенных работал один врач и 3 человека технического персонала, там лечилось 10 больных. Богадельню обслуживали 7 человек, в течение года там находилось 120 призреваемых.

В Уфимской городской больнице находилось на лечении: в 1837 г. – 1007 больных, из них умерло – 42 человека; в 1838 г. – 770 больных, умерло – 29 чел.; в 1839 г. – 609 больных, умерло – 24 человек.

В 1843 году с 20 апреля по 13 октября должность Уфимского уездного врача занимал член Оренбургской врачебной управы акушер Громыченков, с 13 октября – штаб-лекарь Соколов [3].

В 1859 году в ведении Оренбургской врачебной управы находилось: врачей – 21, городских больниц – 7, аптек – 8. Во всех больницах гражданского ведомства Оренбургской губернии в течение 1859 года проходили лечение: больных – 1209 человек, из них выздоровело – 1083, умерло – 66, осталось на 1860 год – 60 чел. В Уфе в это время функционировала больница на 37 коек, больные венерическими болезнями размещались в частном наёмном доме. Всех больных за год лечилось 406 человек, из них 23 – умерли.

В 1861 году в Уфе в ведомстве Министерства внутренних дел состояло: при врачебной управе – 3 врача, вольнопрактикующий – 1, фельдшеров при городской больнице – 2, повивальных бабок – 2; аптек – 2. В больнице полагалась содержать 30 мужчин, 7 женщин и 6 малолеток. За год в ней побывало 352 человека, из них выздоровели 281, умерло – 33, остались лежать – 38, отдельно – в сифилитическом отделении – 28 пациентов. За врачебным

советом обращались 235 человек, за счёт Приказа общественного призрения пользовались бесплатным лечением 84 неимущих, на их содержание израсходовано 2045 руб. 16 коп. [4].

В 1862 году в больнице полагалась содержать 43 койки. В течение года лечилось – 355 больных, выздоровело – 285, умерло – 35, осталось лежать на следующий год – 35 человек. Число призреваемых с сифилитическими болезнями выражалось следующими цифрами: мужчин – 27, женщин – 20.

В богадельне намечалось иметь 84 призреваемых и 4 детей, фактически находилось 60 мужчин и 44 женщины, из них: отставных солдат – 10, неспособных рядовых – 23, из крепостных арестантов – 1, кантонистов – 7, солдаток – 12, разночинцев – 42. В течение года умерло 16 человек, к 1863 году на попечении Приказа общественного призрения осталось 79 призреваемых.

Дом умалишенных имел 2 отделения, в которых находилось 30 коек. В течение года в нём призывались 25 человек. Кроме того, в больнице лежали 23 человека с «беспокойными припадками».

После создания в России земских организаций в 1860-х годов им стали передаваться медицинские учреждения. Такие мероприятия проводились по всей стране. В Уфимской губернии в 1865 году насчитывалось 6 больниц: губернская земская, при тюремном замке, при духовной семинарии, при арестантских ротах и военный лазарет; для женщин-мусульманок, которые не желали лечиться у врачей-мужчин, была открыта специальная больница, где пациенток обслуживали дипломированные повивальные бабки.

Выводы: 1) Первая повивальная бабка в Уфимской губернии - Франциска Грачева.

2) В середине XIX века в Уфимской губернии работало 2 дипломированных повивальных бабок.

Литература

1. История Башкортостана с древнейших времён до наших дней. Под редакцией Акманова И.Г. Т.1. Уфа. 2004. С.361.
2. ЦГИА РБ. Ф. И-6, Оп.1, Д.79, ЛЛ. 73, 95.
3. ЦГИА РБ. Ф. И-428, Оп.1, Д.103, ЛЛ.1-3об.
4. ЦГИА РБ. Ф. И-6, Оп.1, Д.79, ЛЛ.102, 110-110об.

УДК 616.31.27

Я.Ш. Карамова, Л.З. Камалтдинов

**ВКЛАД ПРОФЕССОРА Ю.А. ЛОЦМАНОВА В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
НАУКИ В БАШКИРСКОЙ АССР**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО,**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Профессор Юрий Александрович Лоцманов внёс значительный вклад в развитие медицинской науки и здравоохранение Республики Башкортостан — за что ему было присвоено звание «Заслуженный врач Республики Башкортостан».

Ключевые слова: медицинский институт, ректор, профессор, оториноларингология.

Y.Sh. Karamova, L.Z. Kamaltdinov

**CONTRIBUTION OF PROFESSOR Y. LOTSMANOVA THE DEVELOPMENT OF
MEDICAL SCIENCE IN THE BASHKIR AUTONOMOUS SOVIET SOCIALIST
REPUBLIC**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: Professor Yuri A. Lotsmanov made a significant contribution to the development of medical science and health care of the Republic of Bashkortostan - for which he was awarded the title "Honorary Doctor of the Republic of Bashkortostan".

Keywords: Medical Institute, Rector, Professor, Otolaryngology.

Актуальность: В опубликованных материалах последнего времени, особенно в работах Академика АН РБ В.Г.Сахаутдинова, отражение деятельности ректора БГМИ Ю.А.Лоцманова носит притязательный и амбициозный характер, поэтому необходимо более детально изучить биографию Юрия Александровича Лоцманова, которому 12 октября 1927 года исполниться 90 лет.

Цель исследования: Провести анализ биографии профессора Юрия Александровича Лоцманова в период его ректорства в Башкирском государственном медицинском институте имени 15-летия ВЛКСМ.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Юрий Александрович Лоцманов родился 12 октября 1927 г. в г. Ош (Киргизия) в семье медицинских работников. Отец — Александр Сергеевич

Лоцманов (1903-1965) врач-оториноларинголог, организатор здравоохранения, заслуженный врач РСФСР, награжден знаком «Отличнику здравоохранения СССР», двумя орденами «Знак Почёта», медалями «За Победу над Германией», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне». Мать — Антонина Федоровна Лоцманова (1905-1997), фельдшер, награждена медалями «За Победу над Германией», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне». Сестра - Наталья Александровна Кузьмина, 1937 г.р., врач-терапевт МСЧ КГБ (г.Куйбышев - ныне г.Самара), пенсионерка. Дочь — Екатерина Александровна Лоцманова, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник РосНИПЧИ «Микроб».

После окончания в 1950 году Куйбышевского государственного медицинского института (ныне Самарский государственный медицинский университет) Юрий Александрович начал работать с 1 ноября врачом Медико-санитарной части п/я 7 в городе Чапаевск Куйбышевской области. С 23 января 1951 г. по сентябрь 1953 г. проходил клиническую ординатуру в Куйбышевском государственном медицинском университете, с 1 октября 1953 г. по август работал ассистентом на кафедре оториноларингологии, с 1 сентября 1965 г. по май 1973 г. работал доцентом.

Уфимский период профессора Ю.А. Лоцманова начинается с 12 мая 1973 г., когда Приказом Министра здравоохранения СССР был назначен ректором Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ. Он сменил на этом посту бывшего ректора БГМИ, доктора медицинских наук, профессора Зайнуллу Аминовича Ихсанова.

В период работы в БГМИ (ректор Ю.А.Лоцманов) были изданы следующие научные сборники:

1. Актуальные вопросы аллергии, иммунитета и защитные механизмы организма. (Материалы науч. конф.) [Ред. коллегия: д-р мед. наук Ю.А.Лоцманов (ред.) и др.]. Уфа, 1973. - 131 с.
2. Вопросы реактивности организма в норме и патологии. Материалы науч. конф. [Ред. коллегия: д-р мед. наук Ю.А.Лоцманов (отв. ред.) и др.]. Уфа, 1974. - 144 с.
3. Бесплодие в браке: Материалы конф., посвящ. бесплодию в браке / [Ред. коллегия: проф. Лоцманов Ю.А. (отв. ред.) и др.] - Уфа: Башк. Кн. Изд-во, 1975. - 57 с.
4. Актуальные вопросы клинической и теоретической медицины: Тез. Докл. Респ. науч. конф., посвящ. 110-й годовщине со дня рождения В.И.Ленина / [Редкол.: Ю.А.Лоцманов (отв. ред.) и др.]. - Уфа: Б.и., 1980. - 137 с.

5. Вопросы экспериментальной и клинической медицины: [Тез. докл. респ. науч. конф. молодых ученых; Редкол.: Ю.А.Лоцманов (отв. ред.) и др.]. - Уфа: Б.и.; 1980. - 166 с.

6. Лекарственное воздействие на воспалительные, трофические и иммунологические процессы: Сб. науч. работ /Башк. гос. мед. ин-т им. XV-летия ВЛКСМ; [Редкол.: Ю.А.Лоцманов (отв. ред.) и др.]. - Уфа: БМИ, 1980 (вып. дан. 1981). - 112 с.

7. Актуальные вопросы клинической и теоретической медицины: Тез. Докл. Науч. конф. / [Режкол.: Ю.А.Лоцманов (отв. Ред.) и др.]. - Уфа: БГМИ, 1981. - 155 с.

По инициативе Ученого Совета Башкирского государственного медицинского университета (ректор - член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор В.М. Тимербулатов) в честь 80 летия со дня рождения доктор медицинских наук, профессор Ю.А.Лоцманов представлен к почётному званию «Заслуженный врач Республики Башкортостан». В 2007 году Указом Президента РБ "О присвоении почетного звания" "Заслуженный врач Республики Башкортостан" присвоено Юрию Александровичу Лоцманову (ректору БГМИ 1973-1982 гг.) за большие заслуги в области здравоохранения Республики Башкортостан.

Под руководством ректора Ю.А. Лоцманова разработан проект студенческого городка в центре Кировского района города Уфы, ограниченный улицами Ленина, Пушкина, Я.Гашека и М.Фрунзе.

Профессор Ю.А.Лоцманов курировал организацию Музея БГМИ, который был организован на кафедре организации здравоохранения и социальной гигиены с курсом истории медицины (заведующий кафедрой - к.м.н., доцент М.С. Сафин). Юрий Александрович уделял много времени и внимания партийной, идейно-воспитательной работе среди студентов и преподавателей медицинского института.

Выводы: 1) Большой вклад в развитие медицинской науки и здравоохранения внес профессор, доктор медицинских наук Юрий Александрович Лоцманов в период своей работы ректором Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ.

Литература

1. Личное дело Юрия Александровича Лоцманова из Архива БГМУ.

УДК 616.31.26

Л.З. Камалтдинов, Я.Ш. Карамова

**ВКЛАД ПРОФЕССОРОВ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ В РАЗВИТИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В БАШКИРСКОЙ АССР**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Ключевое значение в развитии оториноларингологии в Республики Башкортостан сыграли профессора — заведующие кафедрой ЛОР-болезней Башкирского государственного медицинского института.

Ключевые слова: Башкирский государственный медицинский институт, профессор, оториноларинголог, кафедра ЛОР-болезней.

L.Z. Kamaltdinov, Y.Sh. Karamova

**CONTRIBUTION PROFESSOR OF OTORHINOLARYNGOLOGY THE
DEVELOPMENT OF MEDICAL SCIENCE IN THE BASHKIR AUTONOMOUS SOVIET
SOCIALIST REPUBLIC**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: key importance to the development of otorhinolaryngology in the Republic of Bashkortostan played Professor - Head of Department of ENT diseases in the Bashkir State Medical Institute.

Keywords: Bashkir State Medical Institute, Professor, Otolaryngology, Department of ENT diseases.

Актуальность: в опубликованных материалах по оториноларингологии Республики Башкортостан незначительное количество сведений о профессорах — заведующих кафедрой ЛОР-болезней Башкирского государственного медицинского института.

Цель исследования: Проанализировать научный вклад профессоров — заведующих кафедрой ЛОР-болезней Башкирского государственного медицинского института.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: В Башкортостане научные исследования по проблемам оториноларингологии были начаты в 1936 г. в БГМИ: под руководством профессоров Н.Н.Лозанова и С.В.Михайловского проводились исследования в области патологии ЛОР-органов, изучалась физиология и патология уха, в т.ч. функции вестибулярного анализатора,

разрабатывались методы пластических операций при травматических повреждениях уха и носа, лечения стеноза гортани и др.

С середины 40-х гг. под руководством профессора В.А.Смирновой разрабатывались методы оказания неотложной медицинской помощи при военных травмах ЛОР-органов, в т.ч. при контузионном поражении внутреннего уха, диагностики и лечения хронического гнойного воспаления среднего уха (В.А.Кудрявицкий, З.Н.Мельникова).

Валентина Алексеевна Смирнова (1896—1966) после окончания медицинского факультета Саратовского университета (1922) работала в Саратовской области, в 1925—28 гг. в больницах гг. Бирск и Белорецк. С 1929 г. в г. Уфе: врач больницы №4, с 1934 г. заведующая отделением хирургической клинической больницы №1.

В 1935—43 гг. В.А. Смирнова работала главным врачом клинической больницы ушных, носовых и горловых болезней, одновременно с 1937 г. в БГМИ: с 1946 г. заведующая кафедрой болезней уха, горла и носа, одновременно в 1954—59 гг. заместитель директора по научной работе. Научная деятельность посвящена изучению гистопатологии среднего уха, в т.ч. при баротравме, разработке и совершенствованию методов диагностики и лечения трепанационных заушных ран, мастоидита, септической ангины, озены, ото- и риногенного менингита, контузионных поражений внутреннего уха и др. Автор около 80 научных трудов. Председатель Башкирского филиала Всесоюзного общества оториноларингологов (1946—66). Награждена орденами Ленина (1953), “Знак Почёта” (1944, 1949). Депутат Верховного Совета БАССР 3—5 созывов. За врачебный подвиг при оказании помощи раненым и больным в годы Великой Отечественной войны Валентина Алексеевна награждена знаком «Отличнику здравоохранения СССР». За вклад в развитие медицинской науки Башкирской АССР, а также за большую научную, педагогическую и общественную работу Валентине Алексеевне Смирновой в 1952 г. присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки БАССР».

С середины 60-х гг. под рук. А.И. Бикбаевой разрабатывались методы лечения острых ангин, изучались этиология и механизмы развития озены, патогенез заболеваний ЛОР-органов с использованием электрофизиологических методов исследования (В.М. Шулепов), роль аденовирусов в формировании хронического тонзиллита (Н.Г. Габбасова), иннервация небных миндалин и её взаимосвязь с сердечным рефлексом (Н.Н. Корниенко), профессиональные болезни уха, горла и носа (М.Ф. Газизов, Е.З. Лиснянский, Р.А. Колесникова), разрабатывались методы дифференциальной диагностики тонзиллогенной интоксикации и ревматизма (А.А. Цыглин), лечения риносинуситов (В.М. Соколов, О.И. Стригина), отосклероза (А.Я. Наседкин).

Альфия Исхаковна Бикбаева (1926 — 2004) после окончания БГМИ (1949) до 1991 г. работала там же (с 1966 г. зав. каф. болезней уха, горла и носа), одновременно в 1966—91 гг. — главный оториноларинголог Министерства здравоохранения БАССР. Научные труды посвящены изучению этиологии и патогенеза хронического заболевания полости носа (озена), роли вирусов в развитии отогенных внутричерепных осложнений и фронтитов, исследования тонзиллогенной интоксикации при ревматизме. А.И.Бикбаевой предложена концепция возникновения озены и новые способы её лечения. Под её руководством в оториноларингологическую лечебную практику республики внедрён метод лазеротерапии, разработаны электрофизиологические методы обследования больных с заболеваниями среднего и внутреннего уха. Автор свыше 230 науч. трудов. Организатор первого в республике сурдологического центра (1968) при РКБ им. Г.Г.Куватова. Награждена орденом Трудового Красного Знамени (1971). В 1995 г. избрана Почётным академиком Академии наук Республики Башкортостан.

Юрий Александрович Лоцманов с 1973 г. в БГМИ: до 1982 г. ректор, с 1977 г. заведующий кафедрой ЛОР-болезней санитарно-гигиенический и стоматологический факультетов; с 1983 г. в Саратовском медицинском университете (до 1994 г. заведующий кафедрой оториноларингологии). Научная деятельность посвящена клинике и лечению злокачественных новообразований носа, глотки и гортани, совершенствованию немедикаментозного лечения заболеваний уха, горла и носа с использованием аутогемо-, магнито-, УФ-, лазеротерапии. При участии Ю.А.Лоцманова разработаны способы лечения аденоидита у детей, вазомоторных ринита и риносинусита, хронич. тонзиллита. Автор свыше 120 научных трудов и 7 изобретений. Председатель Саратовского общества оториноларингологов (с 1992). Награждён орденом “Знак Почёта” (1981).

В 1966—91 гг. в республике были организованы детское оториноларингологическое, специализированные сурдологопедическое, фониатрическое, отоневрологическое, ЛОР-онкологической службы. В 70—80-е гг. изучались вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний среднего уха и их осложнений, диагностики и лечения отогенных интракраниальных осложнений (Н.А. Арефьева, Н.Т.Габдуллин, В.М.Шулёпов, А.А.Цыглин, С.В.Чуйкин), исследовались патогенез, иммунный статус, клиника и методы лечения различных форм ринита и риносинусита с рецидивирующим течением (Н.А.Арефьева).

Нина Алексеевна Арефьева после окончания БГМИ (1968) работает там же, с 1992 г. заведующая кафедрой оториноларингологии, одновременно в 1991—2003 гг. — главный оториноларинголог Министерства здравоохранения РБ. Научные исследования посвящены

проблемам иммунологии, разработке методов лечения и профилактики риносинусита. Н.А. Арефьевой выдвинута концепция о ринологических заболеваниях как следствии иммунологических нарушений. Ею разработаны методы консервативного лечения заболеваний носа и его пазух. Автор более 280 научных трудов и 11 изобретений. Президент Ассоциации оториноларингологов РБ (1990) и Ассоциации ринологов РФ (с 1997).

В нач. 90-х гг. под рук. Н.А.Арефьевой изучены иммунологич. показатели и разработаны методы лечения хронич. гнойного ср. риносинусита (Л.Ф. Азнабаева), патогенетич. терапии паратонзиллита (Ф.А. Хафизова), проведены иссл. в области микрохирургии и реконструктивной хирургии носа (Т.М. Янборисов), носа и уха при экссудативном среднем отите (О.В. Стратиева), микроларингохирургии (Н.Т.Габдуллин).

Выводы: 1) Профессора Н.Н.Лозанов, С.В.Михайловский, В.А.Смирнова, А.И.Бикбаева, Ю.А.Лоцманов, Н.А.Арефьева — заведующие кафедрой ЛОР-болезней Башкирского государственного медицинского института внесли значительный вклад в развитие медицинской науки Республики Башкортостан.

Литература

1. Башкирская энциклопедия. В 7-тт. 2005—2011.
2. Личные дела профессоров Н.Н.Лозанова, С.В.Михайловского, В.А.Смирновой, А.И.Бикбаевой, Ю.А.Лоцманова из Архива БГМУ.

УДК 616.31.25

Л.З. Камалтдинов, Я.Ш. Карамова

**ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ИМЕНИ 15-ЛЕТИЯ ВЛКСМ**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: в начале 30-х гг. 20 века в Уфе было открыто третье высшее учебное заведение в Башкирской АССР — Башкирский государственный медицинский институт, который на протяжении нескольких десятилетий входит в десятку лучших медицинских вузов России.

Ключевые слова: медицинский институт, кафедры, студенты, Башкирская АССР.

L.Z. Kamaltdinov, Y.Sh. Karamova

**HISTORY OF FORMATION OF THE BASHKIR STATE MEDICAL INSTITUTE
NAMED AFTER THE 15TH ANNIVERSARY OF THE KOMSOMOL**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: In the early 30-ies. 20th century in Ufa was opened by the third institution of higher education in Bashkiria - Bashkir State Medical Institute, which for decades one of the ten best medical universities in Russia.

Keywords: Medical Institute, Department of the students, the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic.

Актуальность: Открытие медицинского вуза в самой первой автономной республике РСФСР было не случайным явлением, трудности и особенности данного мероприятия недостаточно отражены в научной литературе Республики Башкортостан.

Цель исследования: Проанализировать трудности и особенности истории становления Башкирского государственного медицинского института.

Материалы и методы: в работе использовался архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Башкирский государственный медицинский институт был образован в 1932 г. в г. Уфа. Первоначально институт с рабфаком располагался на втором этаже и в полуподвальном помещении здания Дорожного техникума по улице Фрунзе, 47. С 1 октября 1930 г. в здании по ул. Фрунзе, 47 был открыт Дорожный техникум, который

располагался в бывшем здании мужской гимназии, подчинялся Главдортрансу РСФСР, готовил в первые годы своей работы только дорожно-строительных мастеров. После передачи здания в собственность вновь организованного медицинского института Дорожный техникум переведен в г. Белебей, где в 1933 г. состоялся первый выпуск техникума.

Ввиду нехватки лекционных аудиторий — некоторые лекции проходили в летнем саду среди яблонь и груш в саду института.

В последующие годы для института были построены общежития на 600 мест, новый учебный корпус по ул. Ленина, 3, надстроен 3-й этаж двухэтажного по ул. Фрунзе. Строительный материал был необходим для строительства не только учебного корпуса по ул. Зенцова (Ленина), 3, но для строительства 3-го этажа, корпуса бывшей уфимской мужской гимназии. Корпус по ул. Ленина, 3 был построенный в 1933–1937 гг. по проекту архитектора В. В. Максимова для здания Биофизиологического института. В 1936 г. при строительных работах здесь было обнаружено курганное захоронение с большим количеством золотых украшений. Клад был разворован, но сотрудникам краеведческого музея удалось отстоять около пятидесяти золотых, серебряных и бронзовых монет, датированных VII в.

В 1931 г. Воскресенский кафедральный собор был закрыт. В 1932 г. уфимские власти приняли решение разрушить собор. На месте Воскресенского кафедрального собора сейчас стоит здание Башкирского драматического театра имени Мажита Гафури.

Первыми преподавателями института были М.А. Абдульменев, Е.Н. Грибанов, А.С. Давлетов, З.А. Исханов, С.З. Лукманов, Г.Н. Масленников, И.С. Немков, В.М. Романкевич и др. В 1933 г. институту присвоили звание «имени 15-летия ВЛКСМ». В 1933 г. в институте были открыты кафедры гистологии, кабинеты иностранных языков и военного дела, которые возглавили врач В.М. Романкевич, преподаватели В.А. Словохотов и Р.И. Сафаров.

В 1934 году были открыты кафедры нормальной физиологии (проф. Н.С. Спасский), микробиологии (проф. С.А. Белявцев), патологической физиологии (врач В.А. Самцов), оперативной хирургии (врач В.М. Романкевич), фармакологии (доцент И.А. Лерман), клинические кафедры — пропедевтики внутренних болезней (проф. Д.И. Татаринов), общей хирургии (доцент И.Д. Аникин). К 1938 году в институте было 32 кафедры, которые возглавили девять профессоров и 23 доцента.

В 1938 году институт выпустил первый сборник научных трудов, в которых были подведены итоги научных исследований теоретических и клинических кафедр института.

В конце 1937 года состоялся первый выпуск врачей.

В 1941 году на базе института разместился эвакуированный в Уфу Первый Московский государственный ордена Ленина медицинский институт со всеми студентами и профессорско-преподавательским составом. Срок обучения врачей был сокращён до 4-х лет.

К концу 1965 года в институте было 22 доктора и 102 кандидата наук, а к 1970 году институт стал крупным многопрофильным ВУЗом. При участии учёных института было достигнуто значительное улучшение показателей здоровья населения Башкирии. Были ликвидированы заболевания: малярия, трахома, полиомиелит, дифтерия, достигнуто резкое снижение детских инфекций, туберкулёза и др.

Выводы: 1) Башкирский государственный медицинский институт имени 15-летия ВЛКСМ внес значительный вклад в развитие здравоохранения РСФСР.

Литература

1. ЦГИА РБ. Ф. И-146., Оп.1., Д.1., Л.1.

УДК 61

А.Р. Насыров

ИСТОРИЯ О БЕЛОМ ХАЛАТЕ

Кафедра общественного здоровья и организация здравоохранения с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в работе представлены биография и интересные факты из жизни, яркой личности - врача с большой буквы Ахмедьянова Ансара Рахимьяновича.

Ключевые слова: белый халат, врач.

A.R. Nasyrov

The story of a white coat

The Department of Public Health and Health Organization with the course IDPO

Bashkir State Medical University (Ufa)

Summary: The paper presents the study of the biography and the history of life, challenging and bright - Ahmedyanova Ansara Rahimyanovicha

Keywords: white gown, doctor.

Актуальность: существует несколько версий происхождения белого медицинского халата. Исследователи до сих пор выясняют – кто первым надел белый халат, ставший символом медицины. Халат пришел в Россию в XVIII веке, изначально был домашней одеждой, а на рубеже XIX-XX веков стал рабочей одеждой для медицинских работников. В настоящее время недостаточно ещё жизнеописания людей, носящих белый халат. Тем более, что в последнее время изменение ориентиров у населения с морального кодекса строителя коммунизма (прообраз Библии, кстати, об этом недавно сказал и лидер нашей страны – В.В. Путин) на личное обогащение, привело к снижению авторитет врача. А среди врачей есть очень достойные люди, воспитанные советской властью и работающие по зову сердца, а не за деньги.

Цель: представить биографию человека, преданного профессии врача, делу спасения жизни людей, помощи страждущим больным, воспитание нынешнего поколения врачей в духе самоотверженности и патриотизма.

Материалы и методы. В исследовании были использованы воспоминания, биографические и исторические методы.

Мы расскажем об Ахмедьянове Ансаре Рахимьяновиче - человеке в белом халате, историю его жизни, непростой и яркой. Будущий врач двоюродный прадедушка одного из

авторов, Ансар Рахимьянович родился 6 января 1941 года в многодетной семье в деревне Азово Архангельского района Башкирской АССР, которое сохранилось до сих пор. После окончания 8 классов, переехал в город Стерлитамак к старшему брату, для того чтобы окончить в городе десятилетку. В 1958 году поступает на лечебный факультет Башкирского государственного медицинского института им. 15-летия ВЛКСМ в г. Уфе, где уже учится другой его брат Хабибуллин Кадыр Рахимьянович. После окончания института в 1964 году получил специальность «Врач общей практики» и проработал год на должности главного врача Арслановской участковой больницы. Прошел специализацию по хирургии и в 1971 году уехал в поселок Советский Ханты-Мансийского округа Тюменской области, где начал работать в должности врача-хирурга районной больницы. Больница располагалась в деревянном здании по ул. Кирова. Со временем, по мере приобретения опыта, Ансар Рахимьянович становится заведующим хирургическим отделением. По его рассказам, это было романтическое время – время бурного становления лесной и нефтяной промышленности в Тюменской области. И они, молодые специалисты рвались работать и работать.



На фотографии запечатлен герой нашего очерка во время одной из многих операций.

По десятку дежурств в месяц, почти ежедневные выезды на операции из дома, из кино, из гостей. Срочные вылеты на вертолете на вахтовые поселки, срочные выезды на дежурном тепловозе, а то и на дрезине к больным в другие поселения района. В те годы были высокий травматизм и заболеваемость населения. Несмотря, на огромное количество работы, работы до изнеможения, Ансар Рахимьянович на работу всегда ходил с большой охотой и возвращался домой довольный трудовым днем и выполненным долгом. В больнице ему очень повезло с коллективом, вспоминает Ахмедьянов А.Р. Знающие, работающие, неунывающие коллеги: хирурги Чигишев Г.В., Абрамов В.А., Богданович Л.А. и много-

много других врачей и медсестер, отдающих всего себя медицине. Они вместе отмечали праздники и успехи, вместе переживали трудности и потери. В те времена они не видели такой аппаратуры как сейчас, все было просто: рентген-аппарат, цистоскоп, собственные органы чувств и, конечно, интуиция. Самым ярким впечатлением за врачебную практику того времени, он считает крушение вахтового самолета, летевшего из Перми в п. Советский и оказание медицинской помощи пострадавшим. Самолет разбился под посёлком при заходе на посадку. Было шестеро выживших, но получивших значительные повреждения. Быстро обзвонили всех хирургов, анестезиологов, анестезистов. В считанные минуты медицинские работники были готовы оказать помощь. Всех шестерых спасли...

До сих пор Ансар Рахимьянович хранит Торжественное обещание врача, которое давали они во время после окончания учебы в медицинском институте. Приведём его дословно.

Торжественное обещание врача

Получая звание врача и сознавая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня этим званием, я торжественно обещаю в течение своей жизни ничем не запятнать честь советского врача, честно и добросовестно охранять здоровье людей:



- я всегда буду помнить о своем врачебном долге, о высокой ответственности перед народом, Коммунистической партией, социалистическим государством;

- чутко и заботливо относиться к больным, во всякое время быть готовым оказать им необходимую помощь;
- хранить вверяемые мне личные тайны больных и не злоупотреблять оказываемым доверием;
- быть справедливым к своим товарищам, всегда говорить им правду и в необходимых случаях обращаться за советами к более сведущим и опытным;
- постоянно совершенствовать свои знания, продолжая изучение медицины, способствовать ее процветанию;
- пропагандировать санитарную культуру среди населения.



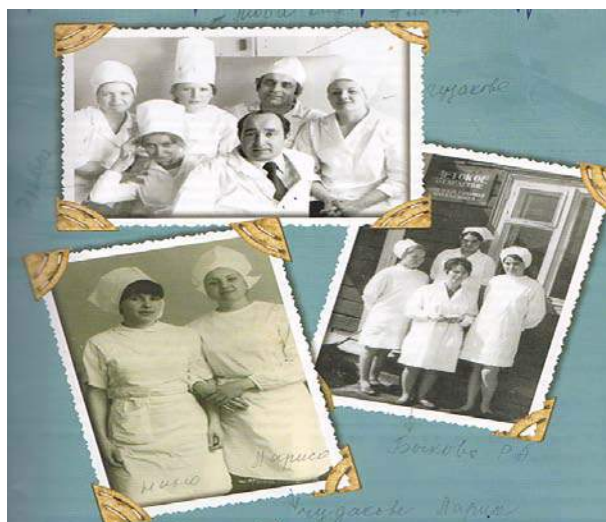
Вся жизнь Ахмедьянова Ансара Рахимьяновича подтверждает верность этому обещанию врача. На этом фото он крайний справа.

В 1978 году он с семьей переезжает в г. Стерлитамак, где в разные годы работает в больницах города врачом-хирургом, травматологом-ортопедом, заведующим хирургическим отделением. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Хирургия». А еще Ансар Рахимьянович считает, очень важно поговорить с больным, выяснить его внутреннее состояние, успокоить. Если человек не выспится перед операцией, жди каких-нибудь осложнений во время наркоза. Вот и старается врач с помощью слов, а если потребуется – и медикаментов создать у него правильный психологический настрой.

Дополнить портрет Ансара Рахимьяновича помогла его жена Ахмедьянова Гулькай Альмухаметовна, которая тоже окончила БГМИ и почти всю жизнь проработала врачом-педиатром. Дома все Ансар Рахимьянович делает своими руками. Нравится ему возиться в гараже, ездить на рыбалку и в лес: на охоту и за грибами. Главными чертами характера мужа

она считает ответственность, чувство долга. Еще он очень внимательный, заботливый, требовательный - в первую очередь, конечно, к себе. Любит отдыхать в кругу семьи. Сейчас ему 75 лет, но продолжает работать хирургом в 4-й городской поликлинике БСК г. Стерлитамака, у него двое взрослых сыновей, 7 внуков. По характеру очень доброжелательный, в общении ровный, умеет уходить от конфликтов. Никогда не откажется помочь, если его об этом просят окружающие – знакомые и незнакомые. Хирургу всегда приятно видеть после излечения благодарные глаза и бодрость бывших больных, говорит Ансар Рахимьянович. Его благородный труд оценен и государством. В 2001 году Указом президента Республики Башкортостан он награжден Почетной грамотой за многолетнюю добросовестную работу в области здравоохранения.

Вывод. Доброта, сочувствие и понимание больных врачом, постоянная готовность прийти на помощь, терпение, самоотдача и профессионализм помогают вернуть пациентам здоровье, веру в собственные силы, счастье полноценной жизни.



Рассматривая лица на черно-белых фотографиях, любительские снимки, Ансар Рахимьянович говорит, что молодым врачам важно сохранить то, что есть у нас от нашей истории – гордость за страну, блеск в глазах, любовь к человеку и профессии и, конечно, безукоризненную чистоту белого халата.

УДК 355.01

И. И. Зямилов

МОИ ЗЕМЛЯКИ – ГЕРОИ СОВЕТСКОГО СОЮЗА

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы

Башкирский государственный медицинский Университет (Уфа, Россия)

Резюме: в данном исследовании изучаются подвиги Героев Советского Союза и их вклад в дело Победы.

Ключевые слова: полные кавалеры ордена славы, архивные документы, исторические факты.

I. I. Zyamilov

My Neighbors - are heroes of the Soviet Union.

Scientific Director – Lecturer, Ist. D. Nazarova G. Kh.

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of Social Work

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Resume: This study examines the exploits of Heroes of the Soviet Union, and their contribution to the Victory.

Keywords: full cavaliers of the Order of Glory, archival documents, historical facts.

Лениногорск – маленький уютный городок, расположенный на юго-востоке Татарстана, в верховьях реки Степной Зай. Он романтичен и спокоен, свеж и полон зелени, и, конечно же, достоин того, чтобы его отметили. Город был основан в XIII веке. Тогда это было село Новая Письмянка. Биография нового города начинается с открытия в 1948 году Ромашкинского месторождения нефти. В связи с этим на месте старого села образовался рабочий поселок Новая Письмянка. Объединив два района Ново-Письмянский и Шугуровский, образовался Лениногорский район. А Лениногорском город стал именоваться с 1955 года.

История края хранится не только в музейных экспонатах. В летопись города и района навечно вписаны имена Героев Советского Союза, наших земляков, воевавших в годы Великой Отечественной Войны на разных фронтах. Семерым это звание было присвоено посмертно.

Объектом исследования являются биографические документы о героях Советского Союза Лениногорского района Республики Татарстан

Предмет исследования: наши известные земляки, аллея героев на проспекте 50 лет Победы

Актуальность исследования: Мы обязаны помнить имена героев, а тем более наших земляков, которые отдали жизнь в этой жестокой борьбе за освобождение. Мир не должен забывать ужасы войны, разлуку, страдания и смерть миллионов. Помнить о войне, о героизме и о мужестве прошедших ее дорогами, бороться за мир - обязанность всех живущих на Земле.

Цель: исследование и изучение литературы, документации, исторических фактов о наших земляках-героях Советского Союза.

Задачи: изучить различные источники информации о вкладе ленингорцев в дело Победы, познакомиться с биографией героев Великой Отечественной войны, систематизировать печатные и архивные источники, которые содержат информацию о героях земляках, обобщить материал, рассказать о результатах исследования студентам.

Гипотеза исследования:

Если каждый житель района с детских лет будет интересоваться и знать историю своей местности, выдающихся земляков, то он будет передавать эту информацию из поколения в поколение, что привьет интерес к истории своего родного края и любви к нему.

Ход исследования:

Изучение участия наших земляков в Великой Отечественной войне.

В процессе работы использовались следующие **методы:**

- сбор первоначальной информации для определения направления дальнейшего поиска;
- экскурсия по аллее героев;
- использование архивных документов, материалов СМИ и интернет.
- анкетирование.

Ленинградская земля является родиной 12 Героев Советского Союза и 3-х полных Кавалеров Ордена Славы. Они пронесли славу своей малой родины по полям сражений. Каждый из них достоин того, чтобы не только нынешнее, но и все грядущее поколения склоняли свои головы перед их бессмертным подвигом. Имена многих из них носят улицы нашего города. Эту работу я посвящаю Героям Советского Союза – нашим землякам.

В нем скорбь и гордость. Боль – за невозможные утраты и вселенская скорбь по отцам и братьям, сестрам и матерям, ушедшим однажды и больше уже не вернувшимся в отчий дом. Скорбь по ушедшим однажды и не вернувшимся в отчий дом. Гордость – за то, что в этой жестокой войне твой народ не склонил головы перед смертельной опасностью и

вместе с другими народами вынес на своих плечах тяжелейшую из войн, которую знало когда-либо человечество, выстоял и победил.

Победа досталась дорогой ценой. 11666 человек из нашего района ушли на войну, Лениногорский район потерял 6789 человек на гигантских просторах от Волги до Эльбы, они покоятся в тысячах братских могилах — вечные свидетели стойкости и мужества советских людей. 15 наших земляков, отмеченные за героизм и мужество, проявленные в боях, высшей воинской наградой – званием Героя Советского Союза и полных Кавалеров Ордена Славы:

- Багаутдинов Гильми Абзалович
- Гафиатуллин Газинур Гафиятович
- Денисов Иван Федорович
- Заварыкин Иван Александрович
- Мурзин Ибрагим Хусаинович
- Садриев Самат Салахович
- Ушполис Григорий Саульевич
- Хайрутдинов Акрам Мингазович
- Халиков Ислам Рахимович
- Халиуллин Мисбах Халиуллинович
- Яковлев Евстафий Григорьевич
- Яницкий Василий Иванович

Полные Кавалеры Ордена Славы:

- Алаев Михаил Константинович
- Матыгуллин Габдулла Матыгулович
- Николаев Яков Иванович

Идут годы, меняются поколения. Все дальше и дальше от нас Великая Отечественная. И только память человеческая благодарно хранит и передает в наследие имена защитников Отечества. Память о народной войне – вечная.

В ходе своей работы я провел анкетирование учащихся своего вуза. Мной был проведен анализ, в результате которого можно сделать вывод, что наибольшие затруднения у студентов вызвали вопросы, касающиеся боевых подвигов Героев Советского Союза.

Вопросы, которые я использовал в ходе анкетирования:

1. Сколько было всего человек, полных кавалеров ордена Славы?
2. Когда было впервые установлено звание Героя Советского Союза?
3. Какой знак отличия был для звания Героя Советского Союза?
4. Кто из Героев Советского Союза был награжден 5 орденами славы?
5. Кому было присвоено звание Героя Советского Союза посмертно от 20 апреля 1995 года?
6. Где родился Алаев Михаил Константинович?
7. Кто на железнодорожном полотне обезвредил около 60 мин?
8. За какой подвиг был награжден Матыгуллин орденом 3 степени?
9. Кто был командиром отделения 667-го стрелкового полка?
10. Кому от 24 марта 1945 года было присвоено звание Героя Советского Союза с вручением ордена Ленина и медали «Золотая Звезда» (№ 7427)?

Вклад наших земляков в дело Победы огромен. Звания Героя Советского Союза были удостоены 12 солдат и 3 полных Кавалера Ордена Славы. Все участники войны достойны самого высокого уважения. Подвиги солдат, вынесших на своих плечах всю тяжесть поражений и побед, отмечались орденами Славы трех степеней. Всего за годы войны кавалерами этих орденов стали 2631 воин. Среди удостоенных к высшей почетной награде – отважные сыны Татарстана, в том числе и нашего района. Мы с гордостью говорим: что в той жестокой войне наш народ не склонил головы перед смертельной опасностью, он выстоял и победил. Мне кажется, уроки Великой Отечественной войны в нынешних условиях особенно весомы и значимы. Любая война не разбирает свои жертвы,

уничтожает самое святое - жизнь детей. Без прошлого нет будущего. Давайте помнить об этом!

Литература

1. Н.А. Афанасьева «Лениногорск город золотого юбилея», 2005
2. З.И. Гильманов «Грудящиеся Татарии на фронтах Великой Отечественной Войны». – Казань, татарское книжное издательство: 1981
3. День победы! 1945-2000
4. Р.И. Добрынина, Н.М. Игнатъев, М.Ш. Исхаков, Р.Х. Каюмов, Ф.Ш. Мусин, З.Г. Рахимов «Здравствуй, мой добрый город». – Лениногорск: 1995
5. Р.Р. Идиатуллин «Память». – Казань: 1996
6. М.Ш. Исхаков «Лениногорск – родина 15 героев советского союза»
7. З. Рахимов «Шугур – Край Сокровищ». – Лениногорск: 1997

8. К. Хакимов «Они сражались за Родину». – Краснодар: 1997

Интернет сайты:

<http://wikimapia.org/17731520/ru>

<http://omop.su/1606516.html>

<http://pobeda.lencbs.ru>

<http://kazan.tour52.ru>

<http://www.warheroes.ru/main.asp>

Приложение №1



Вид на обелиск героям



Барельеф трем полным кавалерам ордена

Славы

Великой Отечественной Войне

Три полных Кавалера Ордена Славы

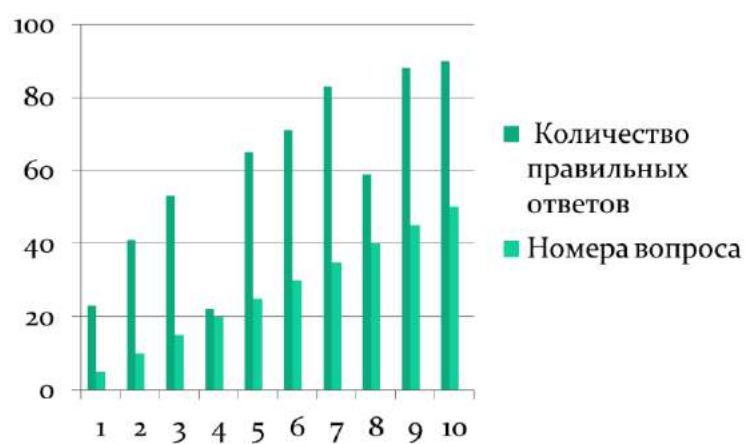


Алаев М.К

Матыгуллин Г.М.

Николаев Я.И.

Анализ анкетирования.



УДК 61

С.В. Зарипов**БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ
15-ЛЕТИЯ ВЛКСМ НАКАНУНЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Перед Великой Отечественной войной в Башкирском государственном медицинском институте имени 15-летия ВЛКСМ проводилась подготовка учебного и лечебного процесса для оказания медицинской помощи раненым и больным солдатам и офицерам.

Ключевые слова. Медицинский институт, учебный процесс, лечебный процесс.

S.N. Zaripov**THE BASHKIR STATE MEDICAL INSTITUTE OF A NAME OF THE 15
ANNIVERSARY OF ALL-UNION LENINIST YOUNG COMMUNIST LEAGUE ON THE
EVE OF THE GREAT PATRIOTIC WAR**

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Before the Great Patriotic War in the Bashkir State Medical Institute named after the 15th anniversary of the Young Communist League held a training and preparation of the treatment process to provide medical care to the wounded and sick soldiers and officers.

Keywords. Institute of Medicine, the educational process, the healing process.

Актуальность: в материалах по истории военной медицины Башкирской АССР практически нет сведений о подготовке к войне студентов и сотрудников Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ.

Цель исследования: Оценить степень подготовки студентов и преподавателей Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ на случай возможного начала войны в 1940—1941 гг.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, сравнительный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: С 1 сентября 1939 года, когда гитлеровская Германия напала на Польшу, началась Вторая мировая война, поэтому вся наша страна начала подготовку к возможному началу военных действий. Не осталась в стороне и Башкирская АССР, например, в Башкирском государственном медицинском институте (БГМИ), когда по предложению Областного Комитета ВКП(б) Башкирской АССР, в период с 17 по 22 мая 1941 г. была проведена проверка вуза на предмет военной подготовки. Была создана

комиссия в составе: военврач 2-го ранга Г.Г. Флейшер (председатель), военврач 3-го ранга С.В. Зубакин, врач 1-й Уфимской советской больницы Р.С. Чевпевцов. Комиссия ставила перед собой задачу обследования и установления качества военно-санитарной подготовки студентов БГМИ, а также укомплектование его кадрами, пригодными для использования в санитарной службе Красной Армии.

Комиссией в результате обследования были выявлены следующие замечания: «...1. - в медицинском институте имеется штатная кафедра военной подготовки, но последняя не объединяет преподавания всех военно-санитарных дисциплин, а проводит занятия только по программе общей военной подготовки и военно-санитарной тактике. На работников этой же кафедры возложена работа с допризывниками и вся оборонная работа по институту» [1, с.264]. Штат кафедры по военной подготовке состоял фактически из одного человека - начальника кафедры врача П.М. Никитина, кроме него был один платный препаратор из числа студентов института, который заведовал материальным оснащением кафедры. Теоретический курс по военно-санитарной тактике проводился на IV ом курсе лекционным методом. Лекции читал начальник кафедры врач П.М. Никитин, им же проводились практические занятия с привлечением военных врачей гарнизона. Программа по курсу санитарной тактики охватывала основные вопросы этого предмета, но требовала предварительного знания ряда общих военных навыков, особенно военной топографии, с которыми студенты были не знакомы, что сильно затрудняло преподавание санитарной тактики. Необходимо отметить, что весь комплекс военно-санитарной подготовки не имел необходимой стабильности, т.к. не было постоянного закрепления преподавателей военных дисциплин по курсам и семестрам. К тому же отсутствовали необходимые методические указания по военно-санитарной подготовке студентов. В 1940—41 учебном году для проведения курса санитарной тактики было выделено 10 часов на лекции и 30 часов для практических занятий, в эти же часы необходимо было уложить курс медико-санитарной службы ПВО.

Необходимо отметить, что материальная база института для проведения курса военно-санитарной тактики была очень бедна. Не было уставов, инструкций, указаний, положений по подготовке санитарной службы. Отсутствовали схемы учреждений санитарной службы, расчёты по обеспечению частей в боевых условиях. Основным руководством для занятий являлся учебник Б.К. Леонардова (издание 1937 г.).

М. Никитин - начальник кафедры санитарной тактики окончил БГМИ в 1937 г., ранее в течение 9 лет служил на должности военфельдшера, в 1939 г. проходил месячную переподготовку на оборонном факультете Центрального института усовершенствования

врачей в Москве, что на то время являлось незначительной подготовкой для преподавания военной дисциплины в медицинском институте. Поэтому усвоение студентами курса санитарной тактики было недостаточное, что в значительной степени объяснялось отсутствием достаточной общевойсковой подготовки, а также недооценкой важности этого предмета в общей подготовке врача. К тому же кафедра военной подготовки была плохо размещена: имела две небольших комнаты, поэтому не было условий для полноценного развертывания преподавания. Остальные дисциплины военно-санитарной подготовки будущих врачей велись на смежных кафедрах.

«...2) Военно-полевая хирургия — проходится в госпитальной хирургической клинике института. Занятия ведутся по программе, утверждённой НКЗ РСФСР на 1939 40 учебный год. Новой программы нет. Основные моменты работы хирурга в полевых условиях программой охвачены, но опыт последних боев программой не учтен. Этот момент приходилось выправлять самому преподавателю, используя доступную для него литературу. В основном курс военно-полевой хирургии проводился достаточно полно». [1, с.264 об.].

Курс военно-полевой хирургии в БГМИ читался в ~~1940~~1 учебном году на 10 м семестре. По программе на это было отведено 28 часов лекций и 45 часов практических занятий. Лекции читал директор Госпитальной хирургической клиники профессор Г.В. Алипов, который также проводил практические занятия со студентами по вопросам сортировки больных и первичной обработки ран, он также имел большой преподавательский стаж, служил в армии врачом с 1914 по 1922 год, но специальной военной переподготовки после Гражданской войны не проходил.

В проведении практических занятий участвовали врачи Госпитальной хирургической клиники (прим. авт.: ныне Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн) А.С. Альтшуль, М.В. Борисов, А.-С.Г. Давлетов, которые уже имели достаточную хирургическую подготовку и работали в тыловых госпиталях в январе-мае 1940 г., но опыта работы в районе войсковых действий не имели.

Комиссия признала материальную базу для преподавания военно-полевой хирургии в БГМИ удовлетворительной. Недочётами, снижающими качество преподавания, являлись: полное отсутствие наборов, укладок и аппаратуры, применяемой при оказании хирургической помощи в войсковом районе; отсутствие уставов, указаний и приказов, определяющих работу военно-санитарной службы в боевой обстановке; отсутствие при клинике отделения неотложной хирургической помощи, где бы концентрировался весь травматологический материал, необходимый для преподавания военно-полевой хирургии.

Не хватало учебных пособий для проработки пройденного курса студентами, поэтому успеваемость характеризовалась следующими цифрами: из числа проверенных сдало «на отлично» — 23 человек, «на хорошо» — 56 человек, «на удовлетворительно» — 97 человек, не выдержало испытания — 2 человека.

«...3) Преподавание курса санитарно-химической защиты ведётся на кафедре фармакологии на 7 м семестре. Программой отведено для этого предмета 18 лекционных часов и 54 часа практических занятий. Выполнено: лекционных — 18 часов, практических — 36 часов. Лекционный материал проводит доцент Лерман И.А. по специальности фармаколог, специальной военной подготовки и подготовки по СХЗ (прим. авт.: средства химической защиты) не имеет. Практические занятия проводит ассистент ТРЕГУБОВ, прошедший в 1941 году 2,5 месячную подготовку по СХЗ.» [1, с.264 об.].

Материальная база для проведения занятий по средствам химической защиты была вполне удовлетворительной, помещений достаточно, имеются подопытные животные, на которых производится затравка. Но вместе с тем постоянно ощущалась нехватка учебников для проработки курса средства химической защиты студентами, не было в полном объёме приборов и укладок, применяемых в армейских условиях, особенно полевых. Система практических занятий не давала возможности знакомить студентов с полной картиной течения поражения отравляющих веществ на животных.

Успеваемость курса средства химической защиты характеризовалась следующими данными зачёта: из 179 человек сдали: «на отлично» — 54 человека, «на хорошо» — 60 человек, «на удовлетворительно» — 60 человек, плохо — 5 человек.

«...4) Курс военной гигиены читается на кафедре общей гигиены. Часть курса излагается совместно с разделами общей гигиены, часть ведётся самостоятельными лекциями. По программе на курс военной гигиены отведено: лекционных — 16 час., практических — 8 час.» [1, с.265].

В программе по СХЗ совершенно отсутствовала документация основных положений, определяющих санитарные требования жизни воинских частей в мирное и военное время (уставы, инструкции и проч.). Программы и методических указаний по проведению практических занятий не было, но отведенное по программе число учебных часов в 1940—41 году полностью было выполнено.

Выводы: 1) В 1940—1941 гг. в Башкирском государственном медицинском институте шла подготовка среди студентов и преподавателей на случай начала военных действий, которая была на удовлетворительном уровне.

Литература

1. ЦГАОО РБ Фонд П122, оп.21, дело 409.

УДК 616.35

С.В. Зарипов

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГЛУБОКОГО
ТЫЛА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. Организация работы медицинских и социальных организаций глубокого тыла в годы Великой Отечественной войны была обеспечена за счёт своевременных принятых Постановлений и Директив правительства.

Ключевые слова. Эвакуация, госпиталя глубокого тыла, лечебная и социальная работа.

S.V. Zaripov

**ORGANIZATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS DEEP REAR DURING THE
GREAT PATRIOTIC WAR**

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Organization of the work of health and social organizations deep in the rear during the Great Patriotic War was achieved due to the timely adoption of decrees and government directives.

Keywords. Deep rear base hospital, medical and social work.

Актуальность: Проанализировать законодательную базу по работе эвакогоспиталей глубокого тыла в годы Великой Отечественной войны.

Цель исследования: Проанализировать документы Правительства и общественных организаций СССР, принятых в ходе Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., по обеспечению эффективной работы эвакогоспиталей.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, сравнительный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Уже в сентябре 1941 постановление ГКО эвакогоспитали, расположенные в тыловых районах, передавались в ведение органов здравоохранения. Руководство работой тыловых эвакогоспиталей осуществляло Главное управление эвакогоспиталей Наркомздрава СССР. Такие же управления были созданы в составе наркомздравов союзных республик. на местах создавались отделы эвакогоспиталей в составе областных и краевых здравотделов и наркомздравов АССР. В 1942 при Главном управлении

организован Госпитальный совет. Бескорыстная помощь народов СССР во многом способствовала тому, что органы здравоохранения и военно-медицинская служба Красной (Советской) Армии смогли сформировать в годы войны более 6 тыс. госпиталей.

12 января 1942 ЦК ВКП(б) принял постановление «О партийно-политической работе в госпиталях Наркомздрава СССР», в соответствии с которым все члены партии, работавшие в госпиталях, в т.ч. и коммунисты-военнослужащие, передавались на учёт в районные и городские комитеты ВКП(б). Местные партийные организации обязывались оказывать помощь первичным партийным организациям и военным комиссарам госпиталей в проведении партийно-политической работы среди раненых и обслуживающего персонала. Особую остроту приобрели вопросы организации помощи детям. В особенно тяжёлом оказались дети, вывезенные из западных районов страны, оккупированными захватчиками. 23 января 1942 Совнарком СССР принял постановление «Об устройстве детей, оставшихся без родителей», а 27 октября 1942 — «О мероприятиях по улучшению работы органов Наркомздрава и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению их питания». В различных районах страны были созданы дома ребенка, ясли, молочные кухни, «Пищевые станции», появилась новая форма помощи детям — патронирование детей в семьях рабочих, служащих и колхозников. Активное участие в оказании помощи детям приняли органы здравоохранения. По инициативе профсоюзной и комсомольских организаций был создан Фонд помощи детям. На средства, поступившие от трудящихся в этот фонд только в 1943, в оздоровительные лагеря было направлено свыше 60 тысяч сирот и детей фронтовиков. За счёт государственных, профсоюзных и др. организаций в детские оздоровительные учреждения было вывезено в 1943 1,5 млн. детей, в 1944 — 2,5 млн., в 1945 — около 3,3 млн. На средства, собранные ЦК ВЛКСМ, дополнительно были открыты детские дома, здравницы, оздоровительные площадки. В 1944 Совет Народных Комиссаров СССР утвердил мероприятия по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей и принял план развёртывания детских учреждений. 8 июля 1944 был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почётного звания “Мать-героиня” и учреждении ордена “Материнская слава” и медали “Медаль материнства”».

На временно оккупированной врагом территории резко ухудшилась санитарно-гигиеническое и эпидемическое состояние населения, среди местных жителей распространялись различные заболевания, в т. ч. инфекционные. Подлинными очагами

эпидемий были созданные фашистами различные концентрационные лагеря. Всё это создавало угрозу распространения инфекционных заболеваний. 21 августа 1943 СНК СССР и ЦК ВКП(б) приняли постановление «О неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах, освобождённых от немецкой оккупации». В эти районы направлялись созданные здравотделами, научными институтами и лечебными учреждениями специализированной бригадами помощи, которые в первую очередь развёртывали борьбу с эпидемиями, ликвидировали очаги инфекции. Совместно с органами здравоохранения военно-медицинская служба предпринимала действенные меры, надёжно ограждавшие войска от угрозы эпидемий.

Война явилась суровой проверкой жизнеспособности советской медицинской промышленности. В начале войны значительная часть медицинского оборудования была эвакуирована в глубокий тыл. В 1942—43 в сжатые сроки в Сибири были созданы 5 химико-фармацевтических заводов, которые с предприятиями Средней Азии, Москвы и Ленинграда выпускали свыше 300 наименований лекарственных средств. Вновь созданные предприятия в Свердловске, Нижнем Тагиле и др. городах начали выпуск медико-инструментальной продукции.

В ходе войны было уничтожено 4 тыс. аптек и свыше 8 тысяч аптечных пунктов. Однако аптечная служба вынесла испытания военного времени. В короткий срок были созданы новые аптечные учреждения и предприятия, особенно в республиках Средней Азии и восточных районах страны. В 1944 создан Центральный аптечный НИИ, в 1945 организовано Главное аптечное управление Наркомздравом СССР.

В ходе войны лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия постоянно совершались. Созданный институт главных специалистов фронтов, армий, эвакуационных пунктов, работавших под руководством военно-медицинских организаторов, сыграл решающую роль в распространении передового опыта и последних научных достижений. Большую роль в организации медицинского обеспечения боевых действий войск, в совершенствовании методов лечения раненых и больных сыграл Учёный медицинский совет при начальнике ГВСУ Советской Армии, созданный в 1939 (в его состав вошли видные учёные-медики, деятели здравоохранения и советской военной медицины), который собирался в первые же дни войны. На пленумах Учёного совета обсуждались вопросы организации лечебно-эвакуационного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск, организации медицинского снабжения, подготовки военно-медицинских кадров и развития военно-медицинской науки. Регулярно проводимые пленумы Госпитального совета Наркомздрава СССР также способствовали обобщению и

популяризации передового опыта. Впервые в истории страны врачи смогли руководствоваться в своей практической работе едиными установками, базирующимися на последних достижениях медицинской науки. Научный поиск осуществлялся как в научных учреждениях, так и в полевых и тыловых лечебных учреждениях. Опыт военной медицины широко освещался в периодической печати (по неполным данным — свыше 12 тысяч работ). Большое научное значение имело последующее издание (по постановлению СМ СССР от 27 марта 1946) 25 томного труда «Опыт советской медицины в Великую отечественную войну», обобщившего выдающиеся достижения и наблюдения врачей, учёных и организаторов здравоохранения.

Забота партии и правительства о развитии медицинской науки проявилась также в учреждении в 1944 Академии медицинских наук СССР (АМН), объединившей ведущие НИИ медицинского и медико-биологического профиля. В числе первых академиков АМН — крупнейшие советские учёные.

Опыт войны убедительно доказал правильность принципиальных основ, на которых создавалась, строилась и развивалась советская медицина в целом и советская военная медицина в частности.

Выводы: Родина высоко оценила ратные и трудовые подвиги советских медиков. Более 116 тыс. военно-медицинских работников были награждены орденами СССР, звания Героя Советского Союза были удостоены 43 военных медика.

Литература

1. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941—1945. Сборник документов и материалов. М., 1977;
2. Митерев Г.А. В дни мира и войны. М., 1975;
3. Смирнов Е.И. Вопросы организации и тактики санитарной службы. М., 1942;
4. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. М., 1976; 60 лет советского здравоохранения. М., 1977.

УДК 616.35

С.В. Зарипов

**РАБОТА ЭВАКОГОСПИТАЛЯ №1741 В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ВОЙНЫ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. В 53 эвакогоспиталях, размещённых на территории Башкирской АССР, в годы Великой Отечественной войны велась не только лечебно-профилактическая работа среди раненых и больных, а также социальная, культурная, педагогическо-воспитательная.

Ключевые слова. Эвакогоспиталя глубокого тыла, лечебная и социальная работа.

S.N. Zaripov

**WORK EVACUATION HOSPITAL №1741 DURING THE GREAT PATRIOTIC
WAR**

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. The 53 evacuation hospital , placed on the territory of Bashkiria , in the years of World War II was fought not only medical and preventive work among the wounded and sick , as well as social, cultural , pedagogical and educational.

Keywords. Deep rear base hospital, medical and social work.

Актуальность: в опубликованных материалах по истории военной медицины Башкирской АССР имеются сведения о эвакогоспиталях, но социальная работа в них представлена недостаточно.

Цель исследования: Определить социальные направления работы в эвакогоспиталях глубокого тыла, на примере эвакогоспиталя №1741..

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Здание, в котором сегодня размещается госпиталь ветеранов войн, до 1917 года принадлежало Уфимскому Епархиальному женскому училищу, а в 1918—1937 годах здесь размещался Уфимский губернский Совет народных комиссаров, с 1937 года в него переезжает Госпитальная хирургическая больница (в момент открытия она называлась «Госпитально-хирургическая больница»). Открытие её было связано с созданием новых кафедр БГМИ. В 1941 году в Центральной клинической больнице №1 г. Уфы открыт пункт переливания крови. С 1 июля 1941 года здесь разворачивается эвакогоспиталь №1741 на 700 коек. На базе эвакогоспиталя начинают работать основные клинические кафедры 1 го

Московского медицинского института. При эвакогоспитале было организовано консультационное бюро по оказанию врачебной помощи всем эвакогоспиталям республики. Именно здесь впервые в лечебной практике были применены антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка академика А.А. Богомольца и метод регенерации бывшей в употреблении ваты. Госпиталь №1741 являлся одним из самых крупных госпиталей города. Количество раненых и больных достигало 920 человек, вместо 750 предусмотренных планом. Госпиталь имел 7 профилей, что, конечно же, создавало немалые сложности в работе. Санитарное состояние госпиталя было удовлетворительным. Вся партийно-политическая и воспитательная работа в госпитале проводилась по плану партийной и комсомольской организаций. План составлялся ежемесячно и отражал содержание мероприятий на каждый день. В госпитале было организовано военное обучение раненых, на занятиях изучались уставы, памятки, снайперское дело и т.д. Занятия проводились с выздоравливающими, которые должны были вернуться в строй. Дисциплина в госпитале соблюдалась всеми ранеными и больными. Хорошо была поставлена клубная работа в госпитале (начальник клуба член ВКП(б) т. Заец). Для раненых и больных часто организовывались концерты, демонстрировали кинофильмы, даже в палатах.

При клубе было организовано трудовое обучение: функционировали курсы счетоводов, кружок фотографов, проводились занятия по игре на баяне. В палатах 1—2 раза в месяц силами шефов и общественниц проводилось чтение художественной литературы. Активно и интересно работала библиотека клуба. Раненые полюбили многих героев произведений Михаила Шолохова, Алексея Толстого, Максима Горького, большим спросом пользовалась научно-техническая литература по авиационной радиотехнике, электротехнике и др. Систематически выпускались фотогазеты, которые отражали повседневную жизнь госпиталя. Личный кадровый состав госпиталя насчитывал 316 человек. Лучшие из лучших своим самоотверженным трудом, не считаясь со сложностями, способствовали быстрому выздоровлению раненых и больных являлись профессионалами своего дела, среди них Н.В.Амутнова, Н.А.Войтинский, Ф.А.Звартау, К.Е.Косых, А.С.Пинес, А.И.Праксина, М.Ф.Сакаева, С.Н.Фрадлина, А.Г.Ястребцова, А.З.Яшина и др. Партийная организация состояла из 7 членов в ВКП(б) и 9 кандидатов в члены ВКП(б). В отделениях для личного состава раз в неделю проводились политинформации. В июле 1945 года, в связи с окончанием войны, эвакогоспиталь №1741 был расформирован, а в сентябре больница приняла первых гражданских пациентов.

Выводы: 1) Эвакогоспиталь №1741 проводил лечебно-профилактическую работу среди раненых и больных, но также высоко была поставлена в нём и социальная работа по возвращению в строй солдат и офицеров.

Литература

1. Первый медицинский в годы Великой Отечественной войны / Глыбочко П.В., Балалыкин Д.А., Карпенко И.В., Киньябулатов А.У., Хазиманова А.А., Чиж И.М. – М.: Практическая медицина, 2015. – 176 с.

УДК 616.31.32.1

Н.А. Дьякова, А.А. Хазиманова, А.З. Фаюршин

**ЛЕЧЕНИЕ ВОЕННОПЛЕННЫХ В ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ БАШКИРСКОЙ
АССР**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме. В некоторых из 53 эвакуогоспиталей, размещенных на территории Башкирской АССР, в годы Великой Отечественной войны проходили лечение и консультации военнопленные.

Ключевые слова. эвакуогоспитали, глубокий тыл, спецконтингент, военнопленные, Башкирская АССР.

N.A. Dyakova, A.A. Hazimanova, A.Z. Fayurshin

KYMYZ EVACUATION HOSPITAL IN BASHKIRIA

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract. Some 53 evacuation hospitals, located in the territory of the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic, during the Great Patriotic War were treated prisoners of war and consultation.

Keywords. evakogospitali, deep rear, special contingent, prisoners of war, the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic.

Актуальность: В опубликованных материалах по истории медицины Республики Башкортостан военного периода практически отсутствует информация о лечении военнопленных, которых использовали на восстановлении объектов народного хозяйства.

Цель исследования: Медицинская помощь военнопленным в Башкирской АССР проводилась в эвакуогоспиталях до 1947 года. Военнопленные в Башкирской АССР использовались на стройках народного хозяйства до середины 50 х гг. 20 века.

Материалы и методы: в работе использовался архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Во время Великой Отечественной войны с 1 июля 1941 года на территории первой автономной республики в составе РСФСР (Башкирской АССР) были развернуты эвакуогоспитали глубокого тыла. В научной литературе, посвящённой периоду Великой Отечественной войны по Республике Башкортостан, авторы используют различные

данные о количестве эвакуогоспиталей: А.А. Кулагина (1988) указывает 63 эвакуогоспиталя [1, с.3-5], А.В. Самцов (2000) — 68 эвакуогоспиталей [2], по данным В.М. Тимербулатова, Х.М. Мустафина, А.У. Киньябулатова (2010) — 53 эвакуогоспиталя [3]. Лечение в эвакуогоспиталях Башкирии получили свыше 250 тысяч раненых и больных военнослужащих Советской Армии (до 1943 г. - Красной Армии). Военнопленные (немцы, венгры, итальянцы и др.) на территорию Башкирской АССР стали поступать с середины 1943 года после разгрома немецко-фашистских соединений под Сталинградом. Под эвакуогоспитали были переданы и приспособлены больницы, дома культуры, институты, клиники, санатории, школы. Три эвакуогоспиталя №5916 (5918), 5920, 5921 оказывали медицинскую помощь военнопленным на территории Башкирской АССР [3, с.125-126]. По данным Общероссийской организации «Поиск» эвакуогоспиталь №5916 был под №5918. Эвакуационный госпиталь № 5916 был дислоцирован на станции Дёма (ныне район г. Уфы) в средней школе №48 с 27.08.1943 г. по 15.09.1943 г. и с 20.09.1944 г. по 01.01.1947 г., а с 01.11.1944 г. по 01.05.1945 г. был дислоцирован в г. Могилёв Белорусской ССР. Эвакуационный госпиталь № 5918 с 28.08.1943 г. по 13.09.1944 г. В нём было развернуто 200 коек для военнопленных (начальник Ф.И.Лузин). Медицинская помощь оказывалась под контролем Народного комиссариата здравоохранения Башкирской АССР, по воспоминаниям заместителя министра Б.П. Матвеева «Спецгоспиталь открыт в сентябре 1945 года на базе эвакуогоспиталя № 5918. Работа эвакуогоспиталя закончилась в июле 1945 года, но он, находившийся в системе Минздрава БАССР, не расформировался, а был предназначен для обеспечения госпитальной помощью специального контингента больных: военнопленных немцев и японцев, интернированных. Первая партия больных поступила 9 сентября 1945 года из лагеря № 319 в количестве 23 человек, а вторая оттуда же 22 сентября в количестве 129 человек, вскоре госпиталь был загружен полностью. Спецгоспиталь № 5918 работал до июня 1949 года и вплоть до закрытия находился по линии МВД» [2]. До получения столь необычного назначения врач-терапевт Ф.И.Лузин много лет проработал начальником Управления Наркомздрава, Начальником лечебного отделения спецгоспиталя был В.Н.Протасов, который несмотря на то, что по образованию был терапевтом, хорошо владел техникой несложных хирургических операций. Интересен тот факт, что для работы привлекались и врачи из военнопленных: Бартман, Лазарь, Шуман, Остер [2]. Эвакуационный госпиталь № 5920 был дислоцирован в г. Ишимбай по улице Геологическая, 10/3 в здании школы №1 с сентября 1943 г. по сентябрь 1946 г. сначала было развернуто 400 общехирургических коек. Начальниками госпиталя последовательно были У.А. Алексеев, Д.Ф. Пацев, В.Н.Соколов. Эвакуационный госпиталь № 5921 был дислоцирован в г. Белебей по ул. Пролетарской, 7, с

01.08.1943 г. по 01.12.1945 г. Начальниками госпиталя последовательно были Ю.Н. Маламед, А.И. Мишутов. Развернут эвакуогоспиталь на 400 общехирургических коек [3, с.126]. Основные военнопленные были немцы, итальянцы, венгры. В первые месяцы работы не хватало железных коек с сетками, которые замещались одинарными деревянными топчанами, случались также перебои в снабжении госпиталя глюкозой, кальцием, витаминами. В Ишимбае по сведению профессора У.А. Алексеева был избыток конского мяса. В спецгоспиталя (эвакуогоспиталя) для военнопленных поступали больные в основном из лагерей. Методы обследования и лечения спецконтингента ничем не отличались от общепринятых. Все поступавшие проходили санобработку, направлялись в палату-приемник, а оттуда в палаты соответствующего профиля. В первые два дня после медицинского осмотра назначалось необходимое лечение. В последующем тяжелобольные осматривались ежедневно, прочие — в плановом порядке 1-2 раза в неделю. Всем делались клинические и лабораторные исследования, по показаниям - рентгеноскопия. Значительный процент поступивших в спецгоспиталь составляли больные туберкулезом. Всего за четыре года существования спецгоспиталей около 8000 больных, в т.ч. в Уфе — 2652 человека. С 1947 года после свертывания эвакуогоспиталей для военнопленных на территории республики, медицинская помощь им оказывалась в специальных учреждениях системы МВД с привлечением ведущих специалистов республики (хирурги, фтизиатры, ортопеды и др.), а в некоторых наиболее тяжёлых случаях и сети республиканских и городских больницах под усиленной охраной сотрудников МВД.

Выводы: 1) в трех эвакуогоспиталях №5916(5918), 5920, 5921 для военнопленных в Башкирской АССР было пролечено около 8000 больных.

2) Значительный вклад в организацию работы эвакуогоспиталей для военнопленных внесли Ф.И.Лузин, В.Н.Протасов (оба — №5916); У.А. Алексеев, Д.Ф. Пацев, В.Н. Соколов (все — №5919), Ю.И. Меламед, А.И. Мишутов (оба — №5920)

Литература

1. Эвакуогоспитали Башкирии в годы Великой Отечественной войны: Орг. лечения раненых и больных воинов Сов. Армии в эвакуогоспиталях Нар. комиссариата здравоохранения Башк. АССР / А. А. Кулагина. Уфа Башк. кн. изд-во 1988. 126 с.
2. Самцов А.В. Госпиталь для спецконтингента // Эхо веков. М., 2000, №3/4 - С.44-45.
3. Тимербулатов В.М., Мустафин Х.М., Киньябулатов А.У. Эвакуогоспиталя в Республике Башкортостан в годы Великой Отечественной войны. Уфа, 2010.

УДК 616.31.10.4

Э.А. Гимадова, Р.Г. Даутбаева
ЛЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ
НА РУБЕЖЕ XVIII — XIX ВЕКОВ

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: В результате переселения на рубеже XVIII — XIX веков в Оренбургской губернии начали трудовую деятельность первые доктора медицины и первые дипломированные повивальные бабки.

Ключевые слова: Оренбургская губерния, доктор медицины, повивальная бабка, первые больничные учреждения.

E.A. Gimadova, R.G. Dautbaeva
TREATMENT OF THE POPULATION IN THE ORENBURG PROVINCE
AT THE TURN OF THE XVIII - XIX CENTURIES

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: As a result of migration at the turn of XVIII - XIX centuries in Orenburg province started the first doctor of medicine and the first certified midwives career.

Keywords: Orenburg Province, MD, the midwife, the first hospital institution.

Актуальность: В начале XIX века в Оренбургской губернии начали работать первые доктора медицины, появились первые дипломированные повивальные бабки.

Цель исследования: Анализ работы первых докторов медицины и первых дипломированных повивальных бабок в Оренбургской губернии на рубеже XVIII — XIX веков.

Материалы и методы: в работе использовался архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Вследствие утвержденного Императором 19 января 1797 года доклада Государственной медицинской коллегии об утверждении в губернских городах врачебных управ и на основе инструкции от 9 февраля 1797 г., полученной из правительственного Сената в присутственные места губерний, в том числе и Оренбургской, был отправлен указ о создании врачебных управ. Возглавлял управу инспектор, в подчинении которого находились: «оператор» - хирург; уездные лекари; «повивальные

бабки» - на штатных должностях медицинского персонала, они были акушерками того времени. Врачебная управа подчинялась Государственной медицинской коллегии Министерства внутренних дел. Основными задачами управы являлись: получение указов от Медицинской коллегии и указаниями губернского правления по вопросам, связанных с медициной, и их исполнение; осуществление контроля над работой государственных лечебных учреждений (больниц, аптек, военных госпиталей, полковых лазаретов) и укомплектование их медикаментами [1].

В 1836-1872 гг. инспектором Оренбургской врачебной управы работал доктор медицины надворный советник Григорий Петрович Рязанцев (Резянец).

Григорий Петрович Рязанцев – доктор медицины. Медицинское образование получил в Московском университете, окончил курс докторантом, в 1824 г. получил степень доктора медицины и звание акушера. 20 августа 1824 г. был определен акушером Архангельской врачебной управы, в 1833 г. переведен был на ту же должность в Новгород. В 1835 г. получив в Московском университете звание инспектора врачебной управы, был назначен таковым в Оренбургскую губернию. В Уфе он прослужил до 1872 г., когда вышел в отставку, читал лекции в местной семинарии. Скончался 19 июля 1875 году [2].

В 1865 г. Оренбургская врачебная управа была упразднена. После разделения губернии на Оренбургскую и Уфимскую функции управы были переданы врачебным отделениям во главе с губернским врачебным инспектором соответствующих губернских правлений. В 1798 году, с переводом башкир в военно-казачье сословие, и делением башкирских кантонов на 5 врачебных частей, в штате каждой из них предписывалось иметь: 1 врача, несколько фельдшеров и оспопрививателей; лечебницу на 5 коек. В уфимской больнице для башкирского войска было выделено 20 мест [3].

Для борьбы с эпидемиями и прочими болезнями стране требовались специально обученные люди. Их подготовку осуществляли созданные в Российской империи первые медицинские, повивальные и другие специальные заведения. И если врачи в основном оставались в столицах и ближайших к ним губернских городах, то в отдаленные от центра губернии, в частности в Оренбургскую губернию, направлялись менее квалифицированные специалисты. Рескриптом императрицы Марии от 1 февраля 1804 года на имя Оренбургского губернатора А.А. Врасского в Уфу была направлена назначенная повивальной бабкой воспитательница Петербургского Повивального института Авдотья Иванова, а в 1826 году – воспитанница Московского Повивального института Дарья Иванова. Повивальные бабки принимали роды, «заговаривали болезни», вправляли грыжу.

В 1798 году уфимское духовенство при Смоленском соборе для содержания бедных, больных и престарелых своего ведомства открыло богадельню на 15 человек, но просуществовала она недолго, и уже в 1802 году это заведение для содержания в нём призреваемых отсутствовало. Об изменениях численности населения в самом начале XIX века можно судить по данным Оренбургской духовной консистории по городам Уфе, Бирску и их уездам за 1801 год. В Уфе родилось: мальчиков – 129, девочек – 125; умерло: мужчин – 56, женщин – 62. В Уфимском уезде родилось мальчиков – 740, девочек – 650; умерло: мужчин – 296, женщин – 248.

До 1816 года больница и богадельня Приказа общественного призрения отсутствовали, а функционирующая больница принадлежала к военному ведомству. Во многие дома достаточно обеспеченных уфимских семей приглашался врач из Симского завода Крупович, пользовавшийся популярностью. В семье Аксаковых в 1790-е годы постоянно находились и назначали лечения врачи: Ф.И. Занден, «доктор весьма учёный»; Андрей Юрьевич Авенуриус, «человек очень умный, образованный и любезный», был приятелем и ежедневным гостем у Аксаковых; А.М. Клоус, который оказывал помощь матери будущего писателя и был свидетелем его рождения. Находившийся в плену после Бородинского сражения 1812 года и направленный в Оренбургскую губернию врач Брюггеман вылечил сына губернатора М.А. Наврозова, а затем и самого уфимского полицмейстера Караулова [4]. Как видно из приведённых сведений, были единичные случаи оказания медицинской помощи, и пользовались услугами врачей люди из высшего общества.

Выводы: 1) один из первых докторов медицины Григорий Петрович Рязанцев — работал инспектором Оренбургской врачебной управы, надворный советник.

2) Первые повивальные бабки в Оренбургской губернии: воспитательница Петербургского Повивального института Авдотья Иванова и воспитанница Московского Повивального института Дарья Иванова.

Литература

1. ЦГИА РБ. Ф. И-146., Оп.1., Д.1., Л.1.
2. Ерошкин Н.П. Очерки истории государственных учреждений дореволюционной России. М., 1960. – С.174.
- 3 «Уфимские губернские ведомости." 1875 г., № 9.
4. Ф. Змеев, "Русские врачи-писатели", тетр. 2, СПб. 1886, стр. 89.

УДК 616.31

Д.А. Гареев, Д.А. Рахматуллина, Р.Г. Даутбаева
ДОЦЕНТ К. П. КРАУЗЕ В БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Доцент К.П.Краузе заведовал двумя кафедрами физики в Башкирском государственном медицинском и сельскохозяйственном институтах и руководил Уфимским физическим институтом.

Ключевые слова: Уфимский физический институт, Башкирский сельскохозяйственный университет, лаборатория, Башкирский государственный медицинский институт.

D.A. Gareev, D.A. Ahmadullina, R.G. Dautbaeva
K. P. KRAUZE ASSOCIATE PROFESSOR AT THE BASHKIR STATE MEDICAL
INSTITUTE

Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Docent K.P.Krauze charge of two departments of physics at the Bashkir State Medical and Agricultural Institute and led the Ufa Institute of Physics.

Keywords: Institute of Physics of Ufa, the Bashkir Agricultural University, Laboratory, Bashkir State Medical Institute.

Актуальность: В работе представлены анализ биографии доцента К.П.Краузе, который заведовал двумя кафедрами физики в Башкирских государственных медицинском и сельскохозяйственном институтах и руководил Уфимским физическим институтом.

Цель исследования: Проанализировать жизнедеятельность доцента К.П. Краузе и оценить его вклад в развитие физики в Башкирской АССР.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Со второй столицей нашей Родины - Санкт-Петербургом, городом на Неве, связаны многие страницы истории медицины нашей республики и Башкирского государственного медицинского университета. Наиболее известные из них доктора и кандидаты медицинских наук, профессора и доценты В.П.Жданов, К.В.Жданов, С.П.Зыков, И. Г.Г. Кадыров, К.П.Краузе и др., которые обучались или работали в учебных

заведениях города на Неве. Среди них наиболее известный для жителей Уфы Константин Павлович Краузе, который проживал в Уфе по улице Зенцова 39 кв.5 [1, с.25об.]. Родился Константин 8 февраля 1877 года в с.Ржавец Лихвинского уезда Калужской губернии, во многих изданиях указывается, что Краузе родился в городе Ржавец [2], но в Калужской губернии Ржавец был только селом и никогда не имел статус уездного города [1, с.26]. Отец К.П.Краузе – Павел Федорович являлся гражданином города Риги, был служащим, работал агрономом. За участие в крестьянских беспорядках был выслан из Лихвинского уезда, куда въезд ему был запрещён, во время службы он находился под надзором полиции. Отец умер в 1903 году, а мать в 1908 году. Среднее образование он получил в классической гимназии, а высшее образование на математическом отделении физико-математического факультета Императорского Петербургского университета, который закончил в 1904 году. Будучи студентом К.П.Краузе работал в лабораториях Физического института под руководством профессора В.В.Лермонтова по общей физике и профессора И.И.Боргмана по курсу электричества, участвовал в семинарах профессора О.Д.Хвольсона (автор «Курса физики»). В 1901-1902 гг. был исключен из университета за участие в «незаконных» студенческих собраниях. В 1904 году после окончания университета с 1905 года он начал работать преподавателем физики, математики и космографии (астрономия) в Уфимской 2-й женской гимназии [1, с.23]. В гимназии К.П.Краузе организовал физический кабинет и впервые начал проводить лабораторные занятия и преподавал до 1919 года. С 1919 по 1938 гг. состоял директором в организованном им Уфимском физическом институте, который вёл: 1) научно-исследовательскую; 2) учебно-воспитательную; 3) педагогическую; 4) производственную и 5) инструкторскую работы. С 1921 по 1931 гг. преподавал физику на Уфимском Рабфаке. С 1919 по 1939 вёл курс физики в Институте народного образования и преобразованного из него Башкирского педагогического института им. Тимирязева [3]. С 1932 работал в качестве профессора и заведующим кафедрой физики в филиале Московского Андреевского института при Башкирждиндустрое, а после его реорганизации на курсах инженеров ж.д.транспорта. С 1930 года заведовал кафедрой физики в Башкирском сельскохозяйственном институте. В 1931 году Наркомздрав республики обратился с просьбой в Физический институт оказать содействие в проведении измерений в рамках предполагаемой комплексной экспедиции, командированной в районы горы Янга-Тау и Красноусольских источников. К.П.Краузе ответил, что институт согласен участвовать в этих работах. Предполагалось открыть в институте специальную лабораторию по исследованию радиоактивности почв, воды и воздуха, но в дальнейшем эти работы были прекращены в связи с передачей в специальные ведомства. Однако, справедливо отметить, что Уфимский физический институт в то время

был пионером в области исследований радиоактивности в Башкирии. Исключительную важность в будущем для обороны страны, вызвали его исследования вместе с будущим членом-корреспондентом профессором Л.Л.Васильевым по действию магнитного поля на мозг человека. В Государственном казенном учреждении Республики Башкортостан Центральном историческом архиве Республики Башкортостан есть фонд личного происхождения К.П.Краузе (Р-1875), обозначенный как «Краузе Константин Павлович, профессор Башкирского университета, доцент Башкирского сельскохозяйственного института» [4]. К сожалению, во всех документах нет ни названия его диссертации, ни диплома ВАК о присвоении учёного звания «профессор», есть сведения о том, что в 1938 году ему присвоено ученое звание «доцент» по кафедре физики. Обладая большими организаторскими способностями, огромным трудолюбием, К.П. Краузе внёс большой вклад в развитие физической науки в уфимских учебных заведениях, в организацию преподавания физики. Он явился создателем Уфимского физического института, воспитал целую плеяду физиков, астрономов. В то же время он был активным пропагандистом, выступая с лекциями и докладами в печати и на радио. Документы, вошедшие в фонд личного происхождения К.П. Краузе, поступили на государственное хранение в 1964 году после смерти К.П. Краузе. 1 апреля 1944 года он был награждён орденом «Знак Почёта», когда начал заведовать кафедрой физики в Башкирском государственном медицинском институте с 29 февраля 1944 года (високосный год). В книге «История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917-1980 гг.)» на с.267 приводятся сведения о заведующей кафедрой физики А.И. Грудциной и нет ни одного слова, о тех, кто руководил кафедрой физики в годы Великой Отечественной войны [5]. В книге Н.А. Шерстенникова «Башкирский медицинский институт имени XV-летия ВЛКСМ» на с.62 указывается, что заведующими кафедрой физики были: с 1932 по 1939 гг. профессор Е.Н.Грибанов, с 1939 по 1941 гг. доцент К.П.Краузе, с 1941 по 1943 гг. профессор Н.Д.Маргулис (из эвакуированной АН Украинской ССР), с 1943 по 1947 гг. снова доцент К.П.Краузе [6]. В личном деле Константина Павловича Краузе из архива БГМУ нет подтверждения тому, что он работал в медицинском институте в период с 1939 по 1941 гг., как и нет подтверждения тому, что ему было присвоено звание «профессор», как указано в третьем томе Башкирской энциклопедии в персональной статье о присвоении ему этого звания в 1930 году [2]. Данные о профессоре А.И. Китайгородском, который заведовал кафедрой в 1943-1944 году в БГМИ в течение полугода, нами были опубликованы в 2013 году [7]. Приводим биографические сведения из личного дела доцента К.П.Краузе: на с.36 есть письмо-ходатайство в Народный комиссариат просвещения РСФСР от 19 октября 1936 года за подписью заместителя декана физико-математического

факультета БГПИ Смирнова о ходатайстве Башкирского педагогического института им. Тимирязева о присвоении К.П.Краузе, без защиты диссертации, учёной степени доктора педагогических наук по разделу методики физики и звания профессора. ВАК СССР не присвоил звание «профессор» доценту К.П. Краузе.

Выводы: 1. В научной литературе, опубликованные за последние 20 лет, появилось много сведений о доценте К.П. Краузе, которые искажают его биографию, начиная с места рождения.

2. Доценту К.П.Краузе никогда не присваивалось ученое звание «профессор», он только был в должности профессора кафедры и возглавлял две кафедры физики в Башкирских государственных сельскохозяйственном и медицинском институтах.

Литература

1. Личное дело доцента К.П.Краузе на 41 с. Архив БГМУ.
2. КРАУЗЕ К.П./ Башкирская энциклопедия. Т.3. Уфа, 2007. - С.257
3. Ю.В.Ергин. Уфимский Физический институт (1919-1937). – Уфа: Гилем, 2006.
4. ЦГИА РБ. Р-1875 Фонд К.П.Краузе.
5. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917-1980 гг.). Уфа, 1981, 408с.
6. Шерстенников Н.А. Башкирский медицинский институт имени XV-летия ВЛКСМ. Уфа, 1959, 80с.
7. Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х. Насибуллин Р.С., Ахтямова А.Ф., Павлова М.Ю. Профессор А.И.Китайгородский в Башкирском государственном медицинском институте в период эвакуации/ «Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.» // Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием.- М., 2013. - С.21-23.

УДК 947.6+364.4

И.Ф. Галина

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ РАДИАЦИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы

Резюме. В данной работе рассматривается понятие «граждане, пострадавшие от радиации»; проводится анализ нормативно-правовых актов, представляющих их интересы, и мер социальной поддержки данной категории населения.

Ключевые слова. Радиация, социальная поддержка, Чернобыльская атомная электростанция (АЭС).

I.F. Galina

SOCIAL SUPPORT OF PERSONS, VICTIMS OF RADIATION

Bashkir State Medical University, Ufa

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of Social Work

Abstract. In this article the concept "citizens, victims of radiation" is considered; the analysis of the normative legal acts representing their interests and measures of social support of this category of the population is carried out.

Keyword. Radiation, social support, Chernobyl atomic power station (APS).

Актуальность. В нашем мире происходило немало событий мирового масштаба, связанных с радиацией: техногенные катастрофы, применение ядерного оружия. С Россией связаны такие события, как испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне (1949 г.), Кыштымская авария (1957 г.) в г. Челябинск-40 (Озерск), авария на Чернобыльской АЭС (1986 г.). Эти катастрофы повлекли за собой много негативных последствий, длящихся до сих пор [4]. Особенно это актуально в отношении тех, кто участвовал в ликвидации подобных аварий, и людей, оказавшихся непосредственно в зоне радиации. Все они, включая детей первого и второго поколений, вдов и др., нуждаются, в свою очередь, в постоянной социальной поддержке. Мы выбрали эту тему, чтобы рассказать о категориях граждан, пострадавших от радиации, видах помощи, оказываемых государством.

Цель исследования: исследовать аспекты социальной поддержки лиц, пострадавших от радиации.

Задачи:

- рассмотреть понятие «граждане, пострадавшие от радиации»;
- проанализировать нормативно-правовые акты, представляющие их интересы, и меры социальной поддержки данной категории населения.

Материалы и методы: изучение документов, наблюдение, анализ.

База исследования: ГКУ Республиканский центр социальной поддержки населения (г. Уфа).

Результаты и обсуждение. С того момента, как люди научились использовать радиацию для нужд общества, жизнь стала легче. Радиация не имеет цвета, запаха, её нельзя потрогать руками. Радиация применяется в медицине (радиотерапия, рентгенография), в сельском хозяйстве (радиационная селекция), в промышленности (для получения электроэнергии) и др. В настоящее время в мире эксплуатируются 192 АЭС, 10 из них в России.

Радиацию могут использовать и в негативных целях, к примеру, в качестве ядерного оружия [1]. Об этом свидетельствуют события, относящиеся к 6 и 9 августа 1945 г., когда США сбросили атомные бомбы на японские города Хиросима и Нагасаки. К негативным последствиям могут привести и аварии на различных АЭС. В частности, авария на Чернобыльская АЭС (Украина), которая имела отношение к нашей стране (до распада СССР). 26 апреля 1986 года в 1 час 24 минуты на 4-ом энергоблоке Чернобыльской АЭС раздалась последовательно два взрыва, которые возвестили всему миру о свершившейся трагедии уходящего века. Произошла мощная техногенная катастрофа на атомном объекте. Катастрофа произошла в связи с проводившимся экспериментом на 4-ом энергоблоке АЭС [5]. Выброс составил более 50 миллионов кюри, что сопоставимо взрыву 500 атомных бомб, которые были сброшены США на Хиросиму и Нагасаки в Японии. Это страшное событие принесло много бед и страданий, такие как смерть, облучение, появление онкологического заболевания, экологическое загрязнение, разрушение городов. Прошло 30 лет с того памятного апрельского дня и каждый год человечество с горечью и болью вспоминает о катастрофе. Только из Башкирии на ее ликвидацию отправились 5011 человек.

По имеющимся данным (на 2016 г.), в Республике Башкортостан проживает 5085 граждан, пострадавших от радиации (учитывая их вдов и детей первого поколения). Большинство из них нуждается в помощи различного характера, в том числе и социального.

Таблица 1

Численность и категории граждан, подвергшихся воздействию радиации и вдов данных граждан, которые имеют право на ежемесячные денежные компенсации, перечисленные УФК по РБ, за 2016 г. [2].

№ п/п	Категория	Численность
-------	-----------	-------------

1	Граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, из них:	2116
1.1	инвалиды вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС;	268
1.2	граждане, перенесшие лучевую болезнь;	387
1.3	участники ЛПА на ЧАЭС в 1986-1987 гг. и в 1988 г. по объекту «Укрытие»;	1180
1.4	граждане, эвакуированные из зоны отчуждения;	66
1.5	вдовы участников ЛПА на ЧАЭС.	215
2	Непосредственные участники в действиях подразделений особого риска (в т.ч. вдовы).	629
3	Граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 г. на ПО «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, из них:	108
3.1	Участники ЛПА в 1957 г. на ПО «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча	68
3.2	Эвакуированные из населенных пунктов, подвергшихся загрязнению	37
3.3	Вдовы участников ЛПА на ПО «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча	3
4	Граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне	8

Численность людей, нуждающихся в социальной защите, немала. Учреждения, в которые могут обратиться граждане в республике для получения любых видов помощи: Пенсионный фонд РФ, ГКУ Республиканский центр социальной поддержки населения, Республиканский консультативно-координационный центр по оказанию медицинской помощи гражданам, подвергшихся воздействию радиации, ветеранам подразделений особого риска. Есть так же общественная организация «Союз «Чернобыль» (г. Уфа).

Система государственной социальной поддержки граждан, пострадавших от радиации, находится в постоянном развитии. Законодательным актом, составляющим основу системы социальной поддержки граждан, пострадавших от радиации, являются Федеральный закон от

26.11.1998 № 175-ФЗ (ред. от 22.12.2014, с изм. от 14.12.2015) «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча», Федеральный закон «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» от 15 мая 1991 г. № 1224-1 и др. В них указаны категории граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастроф: ликвидаторы аварии; эвакуированные граждане: инвалиды; граждане, отдавшие костный мозг для спасения жизни людей, пострадавших в результате аварии, и др. [3,4].

В процессе оказания социальной помощи учитывается проживание граждан в таких зонах, как зона отчуждения, зона отселения, зона проживания с правом на отселение и зона проживания с льготным социально-экономическим статусом.

В настоящее время гражданам, пострадавшим от радиации вследствие чернобыльской катастрофы, предоставляются следующие виды социальной поддержки / защиты / помощи: государственная пенсия, ЕДК (ежемесячная денежная компенсация) и ЕДВ (ежемесячная денежная выплата), пособие, льгота, материальная и натуральная помощь, предоставление жилой площади, оказание медицинской помощи, санаторно-курортное лечение, льготный / бесплатный проезд на транспорте.

Заключение и выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что система социальной поддержки граждан, пострадавших от радиации, действует. Нормативно-правовая база позволяет на сегодняшний день создавать правовое поле и регулировать работу Центров социальной поддержки населения, способствуя улучшению жизнедеятельности как отдельных лиц, пострадавших от радиации, так и их семей. В целом, данная категория граждан получает все необходимые меры социальной поддержки, но следует подчеркнуть, что есть определенные проблемы, на которые хотелось бы обратить внимание.

Во-первых, можно было бы совершенствовать нормативно-правовую основу социальной поддержки данной категории населения и чаще редактировать их.

Во-вторых, в связи с нестабильной экономической ситуацией в России (рост цен на различные услуги, на проезд и т.д.) увеличить таким категориям граждан размеры денежных выплат.

В-третьих, сделать больше специальных наград (медалей, орденов) за их заслуги, так как в настоящее время существует определенная квота наград, которые получают не все.

В-четвертых, обеспечить жильем, ведь многие, в частности, участники ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС находятся в очереди на жилье.

И, наконец, в памятный день - 26 апреля, и не только, нужно вспоминать погибших и чествовать участников ликвидации аварии. Все те (врачи, ликвидаторы и др.), которые были и помогли там во время катастрофы, - герои! Герои, которые рисковали своей жизнью, своим здоровьем ради спасения других, ради города, страны, мира.

Литература

1. Ионизирующие излучения и их измерения. Термины и понятия. –М.: Стандартиформ, 2006. – Режим доступа к изд.: // <https://ru.wikipedia.org/>.
2. Материалы ГКУ «Республиканский центр социальной поддержки населения» - Уфа, 2016. -53с.
3. Федеральный закон от 15.05.1991 № 1224-1 (ред. от 28.11.2015, с изм. от 14.12.2015) «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС».
4. Федеральный закон от 26.11.1998 № 175-ФЗ (ред. от 22.12.2014, с изм. от 14.12.2015) «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча».
5. Щербак Ю.Н. Чернобыль: Документальное повествование. - М.: Советский писатель, 1991. – 464 с.

УДК 616.34

А.М. Галимова, И.И. Замилов, А.И.Ахметов

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДАНТИСТОВ И ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ, СОГЛАСНО
ПЕЧАТНОМУ ИЗДАНИЮ «ИЛЛЮСТРИРОВАННАЯ УФА» 1914 ГОДА**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. В начале XX века в Уфе стали работать дантисты и зубные врачи, которые оказывали стоматологическую помощь разным сословиям города Уфы.

Ключевые слова. Уфимская губерния, город Уфа, дантисты, зубные врачи.

A.M. Galimova, I.I. Zamilov, A.I. Ahmetov

**ACTIVITIES DENTISTS AND DENTISTS, ACCORDING PRINTED EDITION OF "
ILLUSTRATED UVA " 1914**

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. In the early twentieth century in Ufa began working dentists and dentists who have provided dental care to various estates of the city of Ufa.

Keywords. Ufa Province, the city of Ufa, dentists, dentists.

Актуальность: Выявить новые сведения о дантистах и зубных врачах в городе Уфе - провинциальной столице Уфимской губернии до 1917 года.

Цель исследования: Определить первых дантистов и зубных врачей в дореволюционной Уфе, о которых ранее не было информации в научных публикациях.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, сравнительный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: В печатном издании А.А.Гуляева «Иллюстрированная Уфа» (Уфа в прошлом и настоящем), которое было издано в 1914 году в издательстве «Электрическое типографно-литературное товарищество Э.Г.Соловьев и Ко» города Уфы на страницах 157-158 имеется перечисление зубных врачей и дантистов. В результате стало возможным представить расположение кабинетов и учреждений дантистов и зубных врачей в начале XX века в городе Уфе - административном центре Уфимской губернии. К тому же в научную литературу попали новые имена дантистов и зубных врачей, которые до настоящего времени не упоминались в монографиях историков и краеведов нашей республики.

Зубные врачи и дантисты города Уфы: Первой в списке значится В.И. Альникова, которая вела приём по адресу: улица Церковная, 14 (Кроме праздников с 1—5 часов вечера).

Улица Церковная была дважды переименована: сначала в улицу Красную, затем улица Худайбердина. Дом 14 не сохранился, к тому же улица имеет искривлена и установить приблизительное место работы В.И. Альниковой не представляется возможным.

Второй по списку Меер Иосифович Аптекарь, который работал по адресу: улица Большая Казанская, 3 (прием от 9 часов утра до 6 часов вечера). Улица Большая Казанская стала улицей Октябрьской революции.

Третья по списку Марина Борисовна Буровая-Нейман, работавшая по адресу: улица Большая Казанская, 4 (прием от 9 часов утра до 6 часов вечера). Улица Большая Казанская (ныне Октябрьской революции начиналась с Торговой площади).

Четвертая по списку Сарра Ароновна Вайсерман, которая работала по адресу: улица Центральная, 56 (от 9 часов утра до 5 часов вечера). Улица Центральная, изначально была улица Базилевская (в честь И.Ф.Базилевского), затем улица Лазаретная. С начала XX века переименована — улица Центральная. С 1918 года в честь революционера стала улица Зенцова, а с 1937 года улицей Ленина.

Пятая по списку Ольга Николаевна Воронцова, которая работала по адресу: улица Мало-Казанская, против магазина Шамгулова (от 10 ч. утра, до 4 ч. дня). Малая Казанская в Уфе была до 1918 года, затем она была переименована — стала улица Интернациональная. С 1937 года еще раз переименована стала улица Свердлова. Место для работы было выбрано исключительно удачно, т.к. рядом находился Большой торговый дом купца С.С. Шамгулова, перпендикулярно улица примыкала к улице Александровской (ныне улица Карла Маркса) и должна переходить в Большую Казанскую, но на этом продолжении находились и находятся Торговые ряды, где в выходные дни было большое скопление народу. В основном приезжие торговцы со всей Российской Империи.

Шестой по списку представлен Бен Лейбович Гитлин, который работал по адресу: улица Большая Успенская, 55 (от 9 часов утра до 6 часов вечера). Улица Большая Успенская была названа в честь Успенской кладбищенской церкви, с 1918 года улица была названа в честь Егора Сазонова. С 1937 года переименована в улицу Сталина, а с 1961 года улица стала Коммунистическая.

Седьмой по списку Ицка Шмулевич Гуревич, который вёл прием больных по адресу: улица Пушкинская, 78 (от 9 часов утра до 5 часов вечера). Улица Пушкинская стала улицей Пушкина. Данное здание также удачно выбрано для расположения кабинета зубного врача, т.к. оно входит в квадрат центра города, ограниченного улицами Пушкина, Центральной (Ленина), Большой Успенской (Коммунистической) и Александровской (Карла Маркса). Тротуары и сами улицы данного квадрата были вымощены булыжником и поэтому

постоянным местом прогулок и променадов жителей и гостей города вокруг Торговых рядов, что способствовали постоянному посещению у больных.

Седьмой по списку Ицка Шмулевич Гуревич, который вёл прием больных по адресу: улица Пушкинская, 78 (от 9 часов утра до 5 часов вечера). Улица Пушкинская стала улицей Пушкина.

Восьмая по списку Елизавета Георгиевна Килюшко, которая вела приём по адресу: улица Центральная, 4 (от 10 часов утра до 1 часа дня). Дом, в котором работала Е.Г.Килюшко не сохранился. В 1959 году после сноса дома под номером 4 по улице Ленина, было отстроено новое здание для Республиканской научной библиотеки, которая первоначально была названа в честь соратницы В.И.Ленина — имени Н.К. Крупской, но после постановления Правительства РБ была переименована в Республиканскую научную библиотеку имени Заки Валиди.

Девятая по списку Валентина Ивановна Киселева, которая работала по адресу: улица Большая Успенская. К сожалению, номер дома не известен.

Десятая по списку Мария Айзиковна Песис, которая работала по адресу: Александровская, 28 (от 10 часов утра, до 3 часов дня). Улица Александровская + Семинарская, с 1918 года стала улицей Карла Маркса.

Одиннадцатая по списку А.С. Саломасова, которая вела приём больных по адресу: улица Большая Успенская, дом Попова (от 9 часов утра до 7 часов вечера). В следующем квартале стоят несколько домов усадьбы Поповых, в которых расположены магазины и жилые помещения: главный трехэтажный дом (ул. Коммунистическая, 49, М. Карима, 2), дом во дворе, занятый под складские и хозяйственные помещения (д. 49/4) и одноэтажный по красной линии (д. 51). Эти строения являются частью усадьбы династии купцов Поповых, которая в дореволюционной Уфе была одной из самых больших и богатых. Она занимала полквартала, ограниченного улицами Бекетовской (ныне ул. Мустая Карима), Большой Успенской (Коммунистической), Центральной (Ленина) и Калмацкой (Чернышевского), состояла из одно- и двухэтажных деревянных домов с флигелями и хозяйственными помещениями. Купцам Поповым принадлежали магазины в гостином дворе, пивоваренный завод в Уфе и Алексеевский винокуренный завод в Уфимском уезде.

Двенадцатая по списку Мария Яковлевна Саудо, которая работала по адресу: улица Уфимская, 83 (от 9 часов утра до 6 часов вечера). С 1860 годов улица именовалась Кузнецкая-Колмацкая, с 1898 года — Уфимская, а с 1920 года – Чернышевского.

Тринадцатая по списку А.Ф. Смирнова, которая работала по адресу: улица Большая Казанская, 15 (от 10 часов утра до 5 часов вечера).

Четырнадцатая по списку Франциска Михайловна Совинская, которая вела приём больных по адресу: ул. Центральная, дом Нестерова.

Пятнадцатая по списку Сара-Рива Зельман Хавкина, которая работала по адресу: улица Александровская, 16. Здание по улице Александровской (Карла Маркса) ныне занимает Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт геологии Уфимского научного центра Российской академии наук. Данное здание находилось в квартале, где располагался Дом крестьянина (улица Александровская, 20), поэтому основной контингент больных у С.З.Хавкиной был из числа сельского населения.

Шестнадцатый по списку Борис Платонович Цветаев, который работал по адресу: угол улиц Успенской и Аксаковской, 36 (прием от 12—2 часов дня и от 5—7 часов вечера).

Семнадцатая по списку Хая Ил. Шурова, которая вела приём больных по адресу: улица Большая Успенская, дом Нагель (прием от 9 часов утра до 5 часов вечера). В конце XIX в. построен доходный дом Кочкиных (д. 33—35), в глубину квартала уходят возведенные в начале XX в. доходные дома Е. В. Бобровой (д. 37). Доходный дом Г. К. Нагеля (д. 39 и 39/1) постройки 1850-х гг. занимает налоговая инспекция Ленинского района, на первом этаже расположены магазины и парикмахерская. В начале XX века в этом доме вела приём зубной врач Х.И.Шурова.

Восемнадцатая по списку Ш.С. Шик. Место работы улица Телеграфная, 65. Улица Больничная в начале XIX века была переименована — стала улица Губернаторская, после постройки Телеграфа была переименована в Телеграфную. С 1920 года стала именоваться В.Н.Подбельского, а с 1928 года — улица Цюрупы. Дом за номером 65 не сохранился.

Девятнадцатая по списку Адоля Мартовна Янушевская-Войшвилло, которая работала по адресу: улица Центральная, 60 (от 10 часов утра до 5 часов вечера). Дом под номером 60 по улице Ленина не сохранился. Население города Уфы в 1913 году составляло 100.700 человек [2], в котором в 1914 году работало почти 20 зубных врачей и дантистов [3].

Вывод: 1) Благодаря одному печатному изданию А.А.Гуляева «Иллюстрированная Уфа» (Уфа в прошлом и настоящем), изданная в 1914 году в издательстве «Электрическое типографно-литературное товарищество Э.Г. Соловьев и Ко» города Уфы авторам удалось отследить расположение почти 20 кабинетов зубных врачей и дантистов.

Литература

1. А.А.Гуляева «Иллюстрированная Уфа» (Уфа в прошлом и настоящем). Уфа, «Электрическое типографно-литературное товарищество Э.Г.Соловьев и Ко», 1914.
2. Башкортостан. Краткая энциклопедия. Уфа, 1996 — С.591.
3. «Иллюстрированная Уфа» (Уфа в прошлом и настоящем). Уфа, 1914 — С.157-158.

УДК 616.33

А.М. Галимова, И.И. Замилов, А.И.Ахметов

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДАНТИСТОВ И ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ В
ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ УФЕ**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. В начале XX века в Уфе стали открываться кабинеты дантистов и зубных врачей, появились первые специалисты по протезированию зубов.

Ключевые слова. Уфимская губерния, город Уфа, дантисты, зубные врачи.

A.M. Galimova , I.I. Zamilov , A.I. Ahmetov

ACTIVITIES DENTISTS AND DENTISTS IN PRE-REVOLUTIONARY UFA

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. In the early twentieth century in Ufa began to open offices of dentists and dentists , the first specialists in dental prosthetics .

Keywords. Ufa Province , the city of Ufa , dentists , dentists.

Актуальность: В проанализировать сведения о дантистах и зубных врачах в городе Уфе - провинциальной столице Уфимской губернии до 1917 года.

Цель исследования: Дополнительно определить первых дантистов и зубных врачей в дореволюционной Уфе.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, сравнительный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Первая больница в Уфе была открыта в 1791 году. Медицинская сеть развивалась чрезвычайно медленно. Так, в 1882 году, когда население Башкирии составляло уже 1 732 704 человека, было всего 38 врачей, 102 фельдшера, 25 повивальных бабок, функционировало 7 аптек. В том же году в Уфе открылась на 20 коек психиатрическая больница и на 61 койку — земская больница. 5 мая 1882 года было организовано общество врачей в Уфимской губернии (В.А. Скачилов, И.И. Геллерман, 1966). Следует сказать, что в культурном отношении Башкирия была одной из наиболее отсталых окраин России, с незначительным процентом грамотного населения, крайне слабой сетью культурных учреждений, школ, библиотек, больниц. В Уфимской губернии не было ни одного высшего учебного заведения, до революции не было письменности, литературного языка (С.З. Лукманов, 1958; Ф.Л. Саяхов, 1959). Тяжёлые условия жизни, низкая культура, неудовлетворительное медобслуживание приводили к тому, что этот район Урала по уровню смертности населения занимал одно из первых мест.

В городах Уфимской губернии не было детских медицинских учреждений, смертность детей в 1913 году составляла 40,4% (С.Х. Хамитова. 1955). В 1913 году в Уфимской губернии работали 123 врача, из них 70 — в городах и только 53 врача обслуживали сельское население. В среднем на одного врача приходилось 43,7 тысячи населения.

Для наглядного представления тяжёлого состояния по оказанию медицинской помощи достаточно привести такой пример — на территории современных четырёх районов республики (районирование было проведено в 1930 году) — Аургазинском, Бижбулякском, Стерлибашевском и Юмагузинском не было ни одного лечебного учреждения, ни одного медицинского работника (Н.А. Шерстенников, 1940; М.Х. Камалов, 1961).

В Башкирии первые сведения о количестве больных обратившихся по поводу болезней зубов, имеются в докладе Я.О. Левицкого на пятом совещании врачей Уфимской губернии в 1901 году, где он отмечает, что амбулаторно за период с 1896 по 1900 год обратилось 2714 человек, госпитализированы 3 человека. По имеющимся сведениям, первым дантистом в Уфе был А.С. Капитонов, приехавший из Риги в 1896 году и открывший первый кабинет на улице Большая Казанская, 4 (ныне улица Октябрьской революции). В 1902 году этот кабинет был куплен Мария Борисовна Буровой-Нейман, которая вместе с сестрой, также зубным врачом, работала в этом кабинете долгое время, занимаясь зубопротезированием, являясь революционеркой (по данным известного революционера Э.С. Кадомцева, 1963).

В 1903 году открылся кабинет врача М. Маркузе и зубного врача Д. Маркузе. В газете «Уфимские ведомости» от 26 декабря 1903 года писалось, что в этом кабинете проводится лечение зубов и дёсен, пломбирование и удаление зубов без боли, вставление искусственных зубов.

Первая частная зубная лечебница в Уфе была открыта в 1913 году. В печати того времени было сделано следующее объявление: «Первая частная Уфимская зубная лечебница (под наблюдением врача). Приём ежедневно с 9 до 5 часов. Такса: совет и лечение - 30 коп., удаление зуба - 30 коп., пломбирование зуба - 50 коп., искусственный зуб - 1 руб. Нижние чины и воспитатели народных школ — «бесплатно».

В этот период в г. Уфе с населением свыше 100 000 человек работало всего лишь 15 частнопрактикующих врачей и несколько врачей работало в г. Белорецке, Бирске, Белебее и Стерлитамаке. В остальных городах и районах Башкирии зубных врачей вообще не было (А.А. Гуляев, 1913; В.А. Скачилов, 1968). Первая мировая война (1914—1918) больше ухудшила медико-санитарное дело в Башкирии: многие врачи, в том числе и зубные, были мобилизованы в действующую армию [1; с.204-205]

Таким образом, из-за крайне недостаточного количества медицинских работников население вынуждено было обращаться за помощью к различным невежественным знахарям и муллам, прибегать к примитивным средствам лечения.

В книге Э.А. Шкурко «Очерки истории евреев Башкортостана» (1999) приводятся списки евреев-врачей, которые работали в Уфимской губернии, а также объясняются причины их расселения в конце XIX — начале XX вв. [2; с.180].

«И только в царствование Екатерины II после передела Польши и последовавшего присоединения к России Правобережной Украины, Белоруссии, Литвы число евреев-врачей заметно увеличилось. Образование они получали за границей, а затем экзаменовались в Петербургской медико-хирургической академии, обучаться в которой получили возможность в эпоху Александра II. Одни занимались частной практикой, других принимали на государственную службу, в том числе в армию» [2; с.180].

Право же на повсеместное жительство в 1835 году получили только врачи-евреи, имеющие учёную степень «Доктора медицины и хирургии» и «Доктора медицины», остальные же — в 1865 году, а зубные врачи, акушерки, фельдшера и аптекарские помощники — лишь в 1879 году.

Следовательно, только после всех этих разрешений медики-евреи появились в Уфимской губернии (врачей башкир стали целенаправленно готовить в конце 30 х годов XIX века при Казанском университете). К этому времени здесь уже сложилась община, основу которой составляли отставные нижние чины — бывшие кантонисты, купцы I гильдии, ремесленники. В 1890 году здесь работают три фельдшера, один дантист, две акушерки, трое аптекарских помощников [2; с.180].

В первое десятилетие нашего столетия (прим. авт.: XX века) в Уфе жили и работали:

- зубные врачи и дантисты Меер Иосифович и Песя Иосифовна Аптекарь, Розалия Семновна Дезорцева, Мария Борисовна Буровая-Нейман, Хаим Бениаминович Буровой, Гита Ароновна Вайсерман, Берта Григорьевна и Наум Соломонович Гинзбург, коллежский асессор, Вениамин Львович Гитлин, Ицка Шмулевич Гуревич, Борис Исаевич Иоффе, Тамара Ицковна Каган-Буровая, С.И.Сыгаль, Сарра Залмановна Хавкина [2; с. 182].

Дополнительно из книги Э.А.Шкурко следует, что в «Адрес-календаре Уфимской губернии за 1914 год» появляются имена: «...уфимских зубных врачей Сары Ароновны Вайсерман, Марии Айзиковны Песис» [3; с.183].

Медики-евреи принимали активное участие в общественной жизни губернии:

- зубной врач Меер Иосифович Аптекарь был секретарем правления общества любителей пения, музыки и драматического искусства, а также был общественным раввином с 1901 по 1914 годы [3; с.183].

В «Адрес-календаре и справочной книжке Уфимской губернии» за 1917 год упоминаются:

- зубные врачи Бася Залмановна Гликина, И.Ш.Гуревич, Р.И.Гутман, Сара-Рива Зельман, М.А.Песис, С.З.Хавкина, Ш.С.Шпарбер-Шик, Х.Ш.Шурова [2; с. 184].

Печатают свои объявления в газетах частнопрактикующие зубные врачи Евгений Борисович Буровой и Тамара Ицковна Каган-Буровач, Мария Борисовна Буровая-Нейман, Татьяна Давыдовна Бамм-Свирновская, Матиас Маркович Вайсбрем, Олькеницкая-Ионтов, М.Б.Плавник... [2; с.184].

Медики-евреи всегда пользовались уважением и доверием своих коллег и пациентов. Тем не менее, власти искали удобные случаи, чтобы сменить их. Так, в ответе на запрос «О евреях, изучающих фармацию, дантистах, фельдшерах, повивальных бабках» (1890 г.) сказано: «Надзор за их практикой осуществляется постоянно членами врачебного отделения губернского правления». И далее: «Ввиду их малочисленности и малой пользы сменить лицами других национальностей, т.к. постоянно встречаются лица тех же профессий, не имеющие работы. Поэтому дальнейшее сохранение указанных в п. III. Ст. 17 Устава о паспортных льготах для евреев от 1886 г. в отношении Уфимской губернии не имеет особого значения. Если бы они выбыли из губернии, то вместо их немедленно явились бы для указанного рода деятельности лица других национальностей» [3; с.21-22].

Среди прогрессивной интеллигенции, принимавшей участие в революционной борьбе, были и медики, например дантист Мария Саудо [2; с.185].

Выводы: 1) В перечисленных изданиях авторов упоминаются в основном дантисты и стоматологи советского периода, начиная с Льва Соломоновича Гольдберга, который стал первым стоматологом-хирургом «советского периода» возглавив отделение челюстно-лицевой хирургии в городской клинической больнице №1 г.Уфы.

Литература

1. История стоматологии: Учебное пособие для самостоятельной внеаудиторной работы студентов/ Н.Х. Шарафутдинова, А.У. Киньябулатов, М.Ю. Павлова. – Уфа, 2013. – 244 с.
2. Шкурко Э.А. Очерки истории евреев Башкортостана. Уфа, 1999. - 284 с.
3. ЦИА РБ. Ф. И-9, Оп.1, Д.517, Л.21-22.

УДК 616.31

А.Н. Биглова, Ю.В. Матвеева

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ГУБЕРНИИ В
КОНЦЕ XVIII В.- НАЧАЛЕ XIX В.**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: В начале XIX века в Оренбургской губернии начали работать первые доктора медицины, появились первые дипломированные повивальные бабки.

Ключевые слова: Оренбургская губерния, доктор медицины, повивальная бабка, первые больничные учреждения.

A.N. Biglova, Y.V. Matveeva

**MEDICAL CARE TO THE POPULATION OF THE ORENBURG PROVINCE AT
THE END OF THE XVIII - THE BEGINNING OF THE XIX CENTURY**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: At the beginning of the XIX century in the Orenburg province the first doctors of medicine have begun to work, there were first diplomaed midwives.

Keywords: Orenburg province, doctor of medicine, midwife, first medical institutions.

Актуальность: В опубликованных материалах по истории медицины Республики Башкортостан имеется незначительное количество сведений о докторам медицины XIX века, которые работали на территории Оренбургской губернии (территория современного Башкортостана).

Цель исследования: Определить первых докторов медицины, которые работали в Оренбургской губернии в начале XIX века.

Материалы и методы: в работе использовался архивный, биографический и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Вследствие утвержденного Императором 19 января 1797 года доклада Государственной медицинской коллегии об утверждении в губернских городах врачебных управ и на основе инструкции от 9 февраля 1797 г., полученной из правительственного Сената в присутственные места губерний, в том числе и Оренбургской, был отправлен указ о создании врачебных управ. Возглавлял управу инспектор, в подчинении которого находились: «оператор» - хирург; уездные лекари; «повивальные бабки» - на штатных должностях медицинского персонала, они были акушерками того

времени. Врачебная управа подчинялась Государственной медицинской коллегии Министерства внутренних дел. Основными задачами управы являлись: получение указов от Медицинской коллегии и указаний губернского правления по вопросам, связанных с медициной, и их исполнение; осуществление контроля над работой государственных лечебных учреждений (больниц, аптек, военных госпиталей, полковых лазаретов) и укомплектование их медикаментами [1].

В 1836-1872 гг. инспектором Оренбургской врачебной управы работал доктор медицины надворный советник Григорий Петрович Рязанцев (Резянцев).

Григорий Петрович Рязанцев – доктор медицины. Медицинское образование получил в Московском университете, окончил курс докторантом, в 1824 г. получил степень доктора медицины и звание акушера. 20 августа 1824 г. был определен акушером Архангельской врачебной управы, в 1833 г. переведен был на ту же должность в Новгород. В 1835 г. получив в Московском университете звание инспектора врачебной управы, был назначен таковым в Оренбургскую губернию. В Уфе он прослужил до 1872 г., когда вышел в отставку, читал лекции в местной семинарии. Скончался 19 июля 1875 года [2].

В 1865 г. Оренбургская врачебная управа была упразднена. После разделения губернии на Оренбургскую и Уфимскую функции управы были переданы врачебным отделениям во главе с губернским врачебным инспектором соответствующих губернских правлений. В 1798 году, с переводом башкир в военно-казачье сословие, и делением башкирских кантонов на 5 врачебных частей, в штате каждой из них предписывалось иметь: 1 врача, несколько фельдшеров и оспопрививателей; лечебницу на 5 коек. В уфимской больнице для башкирского войска было выделено 20 мест [3].

Для борьбы с эпидемиями и прочими болезнями стране требовались специально обученные люди. Их подготовку осуществляли созданные в Российской империи первые медицинские, повивальные и другие специальные заведения. И если врачи в основном оставались в столицах и ближайших к ним губернских городах, то в отдаленные от центра губернии, в частности в Оренбургскую губернию, направлялись менее квалифицированные специалисты. Рескриптом императрицы Марии от 1 февраля 1804 года на имя Оренбургского губернатора А.А. Врасского в Уфу была направлена назначенная повивальной бабкой воспитательница Петербургского Повивального института Авдотья Иванова, а в 1826 году – воспитанница Московского Повивального института Дарья Иванова. Повивальные бабки принимали роды, «заговаривали болезни», вправляли грыжу.

В 1798 году уфимское духовенство при Смоленском соборе для содержания бедных, больных и престарелых своего ведомства открыло богадельню на 15 человек, но

просуществовала она недолго, и уже в 1802 году это заведение для содержания в нём призреваемых отсутствовало. Об изменениях численности населения в самом начале XIX века можно судить по данным Оренбургской духовной консистории по городам Уфе, Бирску и их уездам за 1801 год. В Уфе родилось: мальчиков – 129, девочек – 125; умерло: мужчин – 56, женщин – 62. В Уфимском уезде родилось мальчиков – 740, девочек – 650; умерло: мужчин – 296, женщин – 248.

До 1816 года больница и богадельня Приказа общественного призрения отсутствовали, а функционирующая больница принадлежала к военному ведомству. Во многие дома достаточно обеспеченных уфимских семей приглашался врач из Симского завода Крупович, пользовавшийся популярностью. В семье Аксаковых в 1790-е годы постоянно находились и назначали лечения врачи: Ф.И. Занден, «доктор весьма учёный»; Андрей Юрьевич Авенуриус, «человек очень умный, образованный и любезный», был приятелем и ежедневным гостем у Аксаковых; А.М. Клоус, который оказывал помощь матери будущего писателя и был свидетелем его рождения. Находившийся в плену после Бородинского сражения 1812 года и направленный в Оренбургскую губернию врач Брюггеман вылечил сына губернатора М.А. Наврозова, а затем и самого уфимского полицмейстера Караулова [4]. Как видно из приведённых сведений, были единичные случаи оказания медицинской помощи, и пользовались услугами врачей люди из высшего общества.

Выводы: 1) Один из первых докторов медицины Григорий Петрович Рязанцев — работал инспектором Оренбургской врачебной управы, надворный советник.

2) Первые повивальные бабки в Оренбургской губернии: воспитательница Петербургского Повивального института Авдотья Иванова и воспитанница Московского Повивального института Дарья Иванова.

Литература

1. ЦГИА РБ. Ф. И-146., Оп.1., Д.1., Л.1.
2. Ерошкин Н.П. Очерки истории государственных учреждений дореволюционной России. М., 1960. – С.174.
3. «Уфимские губернские ведомости.» 1875 г., № 9.
4. Ф. Змеев, "Русские врачи-писатели", тетр. 2, СПб. 1886, стр. 89.

УДК 902/904.035

Г.М. Атанова

**АРХЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАМЯТНИКИ ХАЙБУЛЛИНСКОГО РАЙОНА
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

**Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной
работы**

Резюме. В данном исследовании изучаются курганы Хайбуллинского района РБ как памятники культуры народов, проживавших на территории данного района; поднимается вопрос о необходимости продолжения изучения территории, так как есть вероятность того, что еще имеются неисследованные захоронения.

Ключевые слова. Археологические памятники, курганы, захоронения.

G. M. Atanova

**ARCHAEOLOGICAL MONUMENTS OF THE HAYBULLINSKY REGION OF THE
REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

Bashkir state medical university, Ufa

**Department of philosophy and social and humanitarian disciplines with a course of
social work**

Summary: In this research barrows of Haybullinsky district of the Republic of Bashkortostan as monuments of culture of the people living in the territory of this area are studied; the question of need of continuation of studying of the territory as there is a probability that else there are unexplored burials is brought up.

Key words. Archaeological monuments, barrows, burials.

Актуальность исследования. Изучение культурного наследия родного края является для нас интересным и занимательным занятием; к тому же археология – это одно из активно разрабатываемых направлений в Отечественной науке; исследованием данных находок занималось не одно поколение ученых, поэтому данная тема особенно актуальна.

Цель исследования: изучить археологические памятники юго-восточного Башкортостана. Некоторые могильники нуждаются в охранно-спасательных работах, в связи с этим необходим мониторинг археологических исследований, поскольку без этого, на наш взгляд, невозможно проводить охранную деятельность.

Материалы и методы исследования: наблюдение, анализ, обобщение и сравнение.

Результаты и обсуждение. История изучения археологических памятников эпохи бронзы юго-восточного Башкортостана насчитывает около 60 лет. Начало научного археологического изучения поселений бронзового века на рассматриваемой территории относится к первой половине 50-х – середине 60-х гг. XX в., когда на территории Башкирской АССР начинает свою работу Башкирская экспедиция Института истории материальной культуры (ИИМК) АН СССР под руководством А.В. Збруевой. Примерно, с 1957 г. в секторе истории, археологии и этнографии ИИЯЛ БФ АН СССР начали работать Н.А. Мажитов и М.Х. Садыкова. В 1962–1963 гг. М.Х. Садыковой проведена разведка и открыты 6 поселенческих памятников бронзового века, расположенных по р. Сакмара [8].

Дальнейшее изучение археологических памятников эпохи бронзы данного региона приходится на конец 1960-х – середина 1980-х гг. В 1974 г. известным уфимским археологом А.Х. Пшеничнюком были зафиксированы 5 курганных групп, расположенных около села Ивановка и начаты работы по их изучению (исследовано 4 кургана) [6].

Начало интенсивного изучения археологических памятников эпохи бронзы относится к концу 1980-х – концу 1990-х гг. В 1987 г. В.А. Ивановым по р. Таналык у с. Самарское Хайбуллинского района РБ обнаружено ранее не известное Самарское поселение. Обнаружение целого блока ранее не известных поселений в пределах степной части района связано с проведением экспертных обследований зоны строительства водохранилища на р. Таналык: два поселения эпохи бронзы – Хворостянка I и II со следами наземных каркасно-столбовых жилищ (В.Г. Котов, 1995 г.) [4]. На р. Бузавлык, близ деревни Бузавлык Хайбуллинского района РБ зафиксирована группа поселений, состоящей из 3 памятников – Бузавлык-1, 2, 3, которые составляют единый поселенческий комплекс. Одновременно на р. Макан проводились разведочные работы Г.Н. Гарустовича, среди выявленных памятников фигурирует стоянка (Макан III) [6]. В 1997 г. экспедицией ИИЯЛ УНЦ РАН частично исследовано Сукраковское I и II поселения эпохи поздней бронзы (открыты Ф.М. Тагировым и А.Ф. Яминовым). Под руководством Н.С. Савельева и А.Ф. Яминова производились раскопки курганного могильника Ташла-1 и поселения Ташла-2, у деревни Федоровка Хайбуллинского района РБ и исследованы остатки хозяйственно-жилищных комплексов полуземляночного типа (1997 г.) [8]. В период охранных исследований археологического комплекса Ташла в непосредственной близости от него был выявлен еще один памятник – поселение Усть-Дергамыш-2 (Искаженное от названия речки Тиргамыш). Н.С. Савельевым и А.Ф. Яминовым во время проведения археологической экспертизы на р. Бузавлык обнаружено два поселенческих памятника – Петропавловское II и Петропавловское III (1997 г.). По их сведениям, на Петропавловском III поселении в 1997-1998 гг. проводились

археологические раскопки, но получить достоверные сведения о результатах этих исследований не удалось [8].

Динамичное развитие исследований поселенческих памятников бронзового века в данном регионе продолжалось и в начале 2000-х-2015 гг. Вслед за активно проводимыми разведочными работами, начинаются стационарные раскопки поселенческих памятников: на р. Малая Уртазымка (Айгыраткан) найдено поселение Валит (И.И. Бахшиев, 2007 г.) [2]; в районе деревни Султангузино, на правом берегу р. Таналык, обследовано поселение Таштугай (Ф.А. Сунгатов) [6]. Масштабные археологические работы здесь разворачиваются во второй половине 2000-х годов, когда начинает реализовываться проект по исследованию элитных курганов высшей кочевой знати, имеющих сложное архитектурное устройство: курганный могильник Переволочан I, два кургана № 11 и № 12) (2007 г.) (2007 г.), три кургана могильника Переволочан II (2008 г.), одиночный курган Яковлевка II (2009 г.), курган № 4 могильника Переволочан II (2010 г.), курганы Яковлевка VI и Яковлевка VIII (2011- 2012 гг.). В погребениях найдены богатые коллекции клинкового вооружения ранних кочевников, украшения, культово-ритуальные вещи, предметы быта, гончарная (импортная) и лепная керамика – керамические сосуды разных типов и форм (см. Фото 1).



Фото 1. Археологические находки из Переволочанских курганов

Историками Стерлитамакского филиала (СФ) БашГУ были исследованы самые богатые курганные комплексы, известные на сегодняшний день на территории Башкортостана. Очевидно, что данные материалы имеют серьезное научное значение как в рамках региональной, так и в рамках российской археологии. В 2013-2015 годах экспедиции исторического факультета Стерлитамакского филиала БашГУ под руководством С.В. Сиротина проводили раскопки в окрестностях села Ивановка Хайбуллинского района РБ: только в 2015 г. исследованы три курганных сооружения. Наибольшую ценность представил курган, погребальная камера которого оказалась нетронутой со времен захоронения. Один из курганов был сооружен в эпоху бронзы и относится к середине II тыс. до н.э.. «В центре находилось, вероятнее всего, коллективное погребение», - рассказывают историки. - В кургане было совершено захоронение, принадлежащее ранним кочевникам, населявшим степи Южного Урала. К сожалению, центр кургана был полностью разграблен. Зато другой курган ошеломил археологов богатыми находками. Так, в одной из камер погребения было

найденно захоронение воина.... В следующем погребении археологи нашли захоронение знатной кочевницы, рядом с которой находятся предметы, говорящие об ее высоком социальном статусе: гончарный среднеазиатский сосуд (хумча), иранские бусы из сердолика, крупное бронзовое зеркало, богато орнаментированное техникой точечного накола. Из украшений найдены серебряные серьги-подвески, а также массивная гривна – это женское украшение в виде обруча, обернутое золотым листом. Среди несомненных удач стерлитамакских археологов можно назвать и найденные изделия из кости, глазчатые бусы из Северного Причерноморья, бронзовые браслеты и богатый набор бронзовых наконечников стрел... В насыпи первого кургана были выявлены плохо сохранившиеся остатки детского погребения, при котором был найден керамический сосуд, а также жертвенный комплекс, в который входили элементы конской сбруи. Во втором и третьем курганах ученые обнаружили погребения двух знатных воинов с полным набором вооружения... Эти погребения можно рассматривать как престижные захоронения знатных воинов-профессионалов, составляющих элиту военной организации кочевой группировки, обитавшей в древности на степных пространствах юго-восточной Башкирии и восточного Оренбуржья в IV вв. до н.э.», - отмечается в сообщении пресс-службы СФ БашГУ (см. Фото 2,3) [5].



Фото. 2. Ивановские курганы, 2015 г.



Фото 3. Археологические находки из Ивановских курганов

Заключение и выводы. В истории изучения археологических памятников зауральского региона Республики Башкортостан можно выделить четыре хронологических периода. Благодаря работам ученых мы в данный момент имеем представления о народах, заселявших территорию района, об их материальной культуре, но еще остаются нерешенные вопросы, поэтому необходимо продолжать исследования. Резюмируя все вышесказанное, можно сказать, что этот регион и дальше ждет своих исследователей. И есть все основания полагать, что впереди их ждут новые интересные открытия.

Литература

1. Археологические раскопки Башгосуниверситета в Башкирском Зауралье в 2013 году //РОО Российское археологическое общество. 16.02.2014. – Режим доступа: <http://www.archeologyrb.ru/index.php/arkheologiya-v-rb/expedicii/274-arkheologicheskie-raskopki-bashgosuniversiteta-v-bashkirskom-zaurale-v-2013-g>
2. Бахшиев, И.И, Бахшиев, Р.И. История археологического изучения поселенческих памятников эпохи бронзы Башкирского Зауралья // Этносы и культуры Урало-Поволжья: история и современность: материалы III Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых (22 октября 2009 г.). – Уфа: ИЭИ УНЦ РАН, 2009. – 328 с. – С.48 – 57.
3. Бахшиев И.И. Сохранение объектов археологического наследия в Республике Башкортостан на современном этапе (особенности государственного регулирования и

узловые проблемы) – Режим доступа: <http://www.archeologyrb.ru/index.php/arkheologiya-v-rb/expedicii/274-arkheologicheskie-raskopki-bashgosuniversiteta-v-bashkirskom-zaurale-v-2013-g>

4. Котов, В.Г. Итоги исследования палеолита в Башкортостане в 2009 – 2011 гг. 11.01.2012 – Режим доступа: <http://strbsu.ru/glavnaya/ob-universitete/fakul-tety/istoricheskij-fakul-tet/arheologiya-na-fakul-tete/>

5. Материалы археологических исследований Стерлитамакского филиала (СФ) БашГУ. – Стерлитамак, 2013-2015.

6. Научная деятельность отдела археологии Института истории, языка и литературы УНЦ РАН // Уфимский археологический вестник. 30.08.2013. Режим доступа: http://old.urgaza.ru/kms_catalog+stat+cat_id-4+nums-101.html

7. Полевые исследования Стерлитамакского историко-краеведческого музея в 2013 г. //РОО Российское археологическое общество. 16.02.2014. – Режим доступа: <http://www.agidel.ru/?param1=11439&tab=5>

8. Савельев, Н.С., Яминов, А.Ф. Улак-1 – новое укрепленное поселение эпохи бронзы в Башкирском Зауралье // Народы Южного Урала и их соседи в древности и в средневековье: Материалы международной научной конференции, посвященной 70-летию крупного археолога-историка и общественного деятеля, члена-корреспондента АН РБ, профессора Н.А. Мажитова – Уфа: БашГУ, 204. -254с. – С.204-215.

УДК 616.31.12

Л.М. Арзуманян, Э.А. Абдуллина, М.А. Быченкова
ИСТОРИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ ПО ЛЫЖНЫМ ГОНКАМ
НА ПРИЗЫ ПАМЯТИ Ф.Ф. КУРГАЕВА

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Проведение соревнований по лыжным гонкам на призы Памяти Ф.Ф.Кургаева — выпускника Башкирского государственного медицинского института, участника Великой Отечественной войны мероприятие, которое проводит Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский комитет профсоюз медицинских работников и вся медицинская общественность республики.

Ключевые слова: спорт, оздоровление, соревнования, медицинский институт, здоровый образ жизни, Великая Отечественная война.

L.M. Arzumanyan, E.A. Abdullina, M.A. Bychenkova
HISTORY OF COMPETITION CROSS-COUNTRY SKIING
PRIZES FOR THE MEMORY OF F.F. KURGAEVA

Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Competitions in ski racing for prizes Memory F.F.Kurgaeva - a graduate of the Bashkir State Medical Institute, participants of the Great Patriotic War, an event that holds the Bashkir State Medical University, National Committee of the trade union of health workers and the entire medical community of the republic.

Keywords: sport, recreation, competition, medical school, healthy lifestyle, the Great Patriotic War.

Актуальность: Организация соревнований, которые проводятся в течение 40 лет на высоком организационном уровне, является достижением Башкирского государственного медицинского университета и Республиканского комитета профсоюза медицинских работников и всей медицинской общественности республики.

Цель исследования: Анализ организации и проведении соревнований по лыжным гонкам на Призы памяти Ф.Ф. Кургаева в Башкирском государственном медицинском университете за 40-летний период.

Материалы и методы: в работе использовался архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: На фронтах Великой Отечественной Войны погибли 65 выпускников БМИ. Один из них выпускник БМИ 1939 года Филипп Федорович Кургаев участвовал в составе военно-медицинской службы в войне с финнами, а затем в Великой отечественной войне. В 1941 году в первые дни войны дивизия, в которой он служил врачом, попала в окружение под городом Минском. Тяжелораненые бойцы остались под наблюдением Ф. Кургаева в селе Тарасово, где в течение 10 месяцев было сделано все возможное для выздоровления бойцов. По доносу предателя нагрянули гестаповцы и на рассвете 3 апреля Ф.Ф. Кургаев и его помощники были расстреляны.

В БГМУ чтят память о своем выпускнике, посмертно награжденном правительственной наградой. В музее БГМУ хранится земля, привезенная нашими студентами с холма под г. Минском, где установлен мемориал в честь героев-подпольщиков.

В 1976 году по инициативе кафедры физического воспитания и здоровья и спортивного клуба были проведены первые соревнования по лыжным гонкам среди студентов, преподавателей и выпускников БМИ на призы памяти Ф.Ф. Кургаева. Организация соревнований была задумана с целью передачи памяти о погибшем коллеге в виде своеобразной эстафеты поколений башкирских медиков, популяризации среди них лыжного спорта, формировании навыков здорового образа жизни.

В последующие годы соревнования взял под свое крыло реском работников здравоохранения РБ. Соревнования проводятся ежегодно в первой половине февраля в г. Уфе. Первые годы они проводились на трассах в районе Кооперативной поляны, затем возле 21 больницы, в лесопарке. Лишь однажды соревнования были проведены за пределами г. Уфы, на лыжной базе села Стерлибашево. В настоящее время соревнования проводятся на СОК «Биатлон», уже на более высоком уровне.

Определение победителей в первые годы производилось с учетом возрастного коэффициента, распространяющегося на участников старше тридцати лет, из чистого времени отнимается 10 секунд за каждый год. Отдельной группой стартовали дети сотрудников, подводился командный зачет: результат родителя и результат ребенка суммировались.

Двенадцать раз, начиная с 1976 года, становился победителем среди мужчин, мастер спорта СССР, к.м.н., ассистент кафедры физвоспитания, ЛФ и ВК Званитайс Валентин Иванович. Дважды побеждал ассистент этой же кафедры Кондратьев Владимир Федорович. Одиннадцать раз становилась победительницей спортивный врач РВФД Абдуллина Альфия Абдрахимовна.

Начиная с 2002 года соревнования по инициативе председателя рескома Зырянова П.Н. стали носить лично-командный характер и являются смотрами готовности работников здравоохранения, врачей, средних медицинских работников и студентов к регулярным занятиям физкультурой и спортом. Определяются ведущие коллективы, пропагандирующие здоровый образ жизни и выявляются сильнейшие спортсмены по трем возрастным группам как среди мужчин, так и среди женщин. Первая группа от 23 до 35 лет, вторая группа от 36 до 49 лет и третья группа старше 50 лет. Последняя группа появилась в 2010 году по просьбам ветеранов лыжного спорта, выпускников БГМУ. Командный зачет определяется по сумме очков четырех участников согласно таблице. Необходимо отметить, что в последние годы во многих медицинских учреждениях появилась тенденция серьезной целенаправленной подготовки спортсменов. Улучшилась тренированность участников, оснащенность современным инвентарем, одеждой.

В личном зачете высоких результатов на протяжении последних лет добиваются Андрейцева Е., Вафина Г., Кагиров Р. (Белебей), Шамасова Р. (Стерлитамак), Кувшинова Р. (Дюртюли), Хабиров Р., Ибашев Д. (Бирск), Хамитов А., Бадретдинов Р. (Уфа), Кагиров Р. – чемпион мира 2014г. среди врачей, Шамасова Р. – чемпионка вузов МЗ СССР, Бадретдинов Р. – неоднократный чемпион вузов МЗ СССР и чемпион Башкирии.

В соревнованиях участвуют от 40 до 50 команд, до 300 участников со всего Башкортостана. Бессменным главным судьей на протяжении 37 лет являлся доцент кафедры физической культуры, судья республиканской категории Морозов Николай Андреевич, воспитанники которого принимают участие и становятся победителями и призерами этих соревнований.

В 2015 году юбилейные лыжные гонки прошли в год 70-летия Победы и 40-летия соревнований на приз Ф.Ф. Кургаева.

В командном зачете за последние шесть лет победителями были:

2010 г. – I место – ЦРБ г. Белорецк; II место – РКБ им. Куватова; III место – ЦРБ г. Бирск; 2011 г. – I место – РКБ им. Куватова; II место – ЦРБ г. Бирск; III место – ЦРБ г. Белебей; 2012 г. - I место – ЦРБ г. Дюртюли; II место – г. Стерлитамак; III место - РКБ им. Куватова; 2013 г. - I место – ЦРБ г. Бирск; II место – РКБ им. Куватова; III место – г. Стерлитамак; 2014 г. - I место – ЦРБ г. Белебей; II место - РКБ им. Куватова; III место – ЦРБ г. Бирск. 2015 г. – I место – ЦРБ г. Белебей; II место – ЦРБ г. Бирск; III место г. Дюртюли.

Заключение и выводы: 1. Соревнования по лыжным гонкам на Призы памяти Ф.Ф. Кургаева являются самыми массовыми и значительными в развитие спортивно-

массовой и оздоровительной работы в Башкирском государственном медицинском университете.

Литература

1. Романов В.П. (29.01.1982г.) «О моей работе в БМИ и о спортивной гимнастике».
2. Леманов Б.К. «Воспоминания о кафедре физвоспитания с 1948 по 1972 годы».
3. Воспоминания доцента БГМУ Яркина Юрия Владимировича в феврале 2016 года.

УДК 616.31.11

Л.М. Арзуманян, Э.А. Абдуллина, М.А. Быченкова
РАЗВИТИЕ ТУРИЗМА В БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Туризм, как вид спорта и как активный вид отдыха студентов, получил широкое развитие в Башкирском государственном медицинском университете.

Ключевые слова: спорт, медицинский институт, здоровый образ жизни.

L.M. Arzumanyan, E.A. Abdullina, M.A. Bychenkova
DEVELOPMENT OF TOURISM IN BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY
Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Tourism, as a sport and as an active form of relaxation of students, has been widely developed in the Bashkir State Medical University.

Keywords: sports, medical school, healthy lifestyle.

Актуальность: Туризм во все времена был видом спорта и активным видом отдыха среди студентов в Башкирском государственном медицинском университете, поэтому его развитие имеет важное значение в процессе воспитания студентов на современном этапе.

Цель исследования: Анализ достижений в области туризма в Башкирском государственном медицинском университете.

Материалы и методы: в работе использовались архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Активным пропагандистом, участником походов по разным категориям сложности спортивного туризма был д.м.н., профессор, хирург-онколог Ников Николай Петрович.

В 1965—1970-х годах в институте учился 3-х кратный чемпион СССР по туризму, мастер спорта СССР Э. Мулдашев, доктор медицинских наук, профессор, директор «Всероссийского центра глазной и пластической хирургии».

В 80-е годы известным туристом в России был Кузнецов В. покоритель Тянь-Шаня и Арктики. В 1983—86 годы С. Айсин выполнил норматив мастера спорта России, заняв третье место на чемпионате России по спортивному туризму. В 2006—2008 гг. призером по альпинизму чемпионата РБ был Б. Загитов.

История развития спортивного туризма в нашем медицинском институте/университете уходит глубоко в 60-е года прошедшего столетия, рассказывает мастер спорта России Сергей Айсин.

Всё начиналось с появления в институте секции пешеходного туризма. Известными спортсменами в те годы были Эрнст и Эдуард Мулдашевы, Амир Салихов, Данис Юсупов, Шариф Хайретдинов, Ольга Маховская и др. Весь Южный Урал для начала был пройден ими вдоль и поперёк, «за плечами» наращивалось участие в множестве всесоюзных конкурсов и соревнований. Братья Заозёрские Юрий и Сергей продолжали развивать и укреплять опыт секции спортивными лыжными маршрутами по северным уголкам нашей Родины. Эрнст Мулдашев провёл интереснейшую экспедицию по Корякскому нагорью, одним из первых спортивных групп исследовал с научной целью район падения Тунгусского метеорита. Эти маршруты достойно были оценены призовыми местами в Чемпионатах СССР. В 70-е, 80-е годы было пройдено несколько пешеходных маршрутов высших категорий сложности братьями Муслимовыми Сагитом и Маратом. Сагит - ныне доктор медицинских наук, профессор, заведует лабораторией микроциркуляции глаза во всероссийском центре «Аллоплант».

Постепенно секция начала «набирать обороты» в развитии горного туризма в 80-е и 90-е годы. Этот период характерен резким подъёмом количества спортивных горных маршрутов высших категорий трудности, в командах которых участвовали врачи из Башкирии и студенты-медики БГМИ/БГМУ. Хочется отметить известных наших туристов-спортсменов, уфимских врачей, таких, как Игоря Зиганшина, Евгения Иониса, Виталия Кузнецова. Виталий так же «практиковал» в те годы маршруты по северным районам нашей страны. Им была пройдена одна из известнейших экспедиций под руководством Дмитрия Шпаро на Северный Полюс. Большую популярность в те годы приобрели для нас и высокогорные районы Памиро-Алая, Тянь-Шаня. Ни один десяток маршрутов было пройдено первопрохождений и первовосхождений, в последующем официально зарегистрированных в Центральной маршрутно-квалификационной комиссии г.Москвы и получивших своё «скромное местечко» на картографических материалах. В 2002 году нашей командой медиков, в составе которой были два мастера спорта, врачи Сергей Айсин и Роза Циль, был пройден маршрут в районе Аксу-Джабаглинского хребта Юго-Западного Тянь-Шаня, где все перевалы и вершины были первопроходными. В 2003 году мы открыли МКК (маршрутно-квалификационную комиссии) при турклубе БГМУ. Право выпуска определили до 3-ки включительно как пешеходного выпуска, так и горного. Туризм стал приобретать в эти годы

«массовость» и появился свой «объём» возможностей для разрядников. Активно стали развивать методологию аварийно-спасательных работ малыми группами.

Первые соревнования по спасательным работам датируются 1985 годом, где наши студенты-медики заняли призовое место, участником из которых был Евгений Ионис. Сейчас он так же является одним из ведущих среди медиков наставников методологии проведения безопасности на маршрутах. За последние годы клуб получил новый «виток» в развитии – появился водный туризм, чего не было ранее. Ребятам ещё предстоит наращивать опыт и, по возможности, сохранять традиции прежних лет.

Краткая историческая справка: Айсин Сергей врач анестезиолог-реаниматолог, учился в БГМИ с 1977 по 1983 года, работал в Сибири, Украине. Имеет звание мастера спорта России по туризму спортивному, заслуженный путешественник России, старший инструктор по горному туризму, председатель горной комиссии Федерации спортивного туризма РБ. Много лет руководил школами подготовки туристских кадров, учебно-тренировочными маршрутами в горных районах Кавказа, Памиро-Алая, им пройдено 16 маршрутов высших категорий трудности в различных горных районах, неоднократно занимал призовые места на Чемпионатах России.

Заключение и выводы: 1. Туризм в Башкирском государственном медицинском университете является не только видом спорта, в котором есть достижения на всероссийском уровне, но и является активным видом отдыха среди студентов-медиков.

Литература

1. Воспоминания доцента БГМУ Яркина Юрия Владимировича в феврале 2016 года.
2. Материалы кафедры физической культуры БГМУ (зав. кафедрой – доцент, к.б.н., Гайнуллин Р.А.).

УДК 616.31.10

Л.М. Арзуманян, Э.А. Абдуллина, М.А. Быченкова

**СПОРТИВНО-МАССОВАЯ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА В
БАШКИРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом
ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа**

Резюме: Спортивно-массовая и оздоровительная работа в Башкирском государственном медицинском университете поставлена на хороший организационный уровень по сравнению с медицинскими вузами Приволжского Федерального округа.

Ключевые слова: оздоровление, спорт, соревнования, медицинский институт, здоровый образ жизни.

L.M. Arzumanyan, E.A. Abdullina, M.A. Bychenkova

**MASS SPORTS AND RECREATION ACTIVITIES IN THE BASHKIR STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: The mass sports and health work in the Bashkir State Medical University put on a good organizational level as compared to the medical schools of the Volga Federal District.

Keywords: recreation, sports, competitions, medical school, healthy lifestyle.

Актуальность: Организация спортивно-массовой и оздоровительной работы в Башкирском государственном медицинском университете имеет исключительно важное патриотическое и профессиональное воспитание студентов на современном этапе.

Цель исследования: Анализ спортивно-массовой и оздоровительной работы в Башкирском государственном медицинском университете.

Материалы и методы: в работе использовался архивный и исторический методы исследования.

Результаты и обсуждение: В основе спортивной работы БГМУ лежит широкое привлечение студентов и сотрудников к занятиям спортом и физической культурой. Если проанализировать, чем коллектив БГМУ может гордиться, то можно составить большой список достижений и не на последнем месте будет стоять спортивный клуб и кафедра физической культуры нашего ВУЗа. Они стали надежной базой укрепления здоровья

студентов и сотрудников, повышения их спортивного мастерства, популяризатором многих видов спорта.

Спортивный клуб был создан в 1948 году. Организатором и первым председателем спортклуба стал Фаризов Махмут Тагирович. Спортивная общественность нашего вуза единодушно избрала его своим спортивным вожаком. Он был физически одаренным человеком, перед ВОВ окончил БТФК, спортивные амплуа - лыжные гонки. Его страстью были прыжки с парашютом, он одним из первых в Башкирии получил значок «100 прыжков».

В 1945 году Фаризов М.Т. был принят преподавателем физической культуры на кафедре военно-физкультурных дисциплин медицинского института. В 1946 году он удостоивается чести участвовать в первомайском физкультурном параде на Красной площади в г. Москве.

С 1948 года много председателей сменилось, менялась структура клуба, в 70-80-х годах спортклуб финансировал профсоюз медработников Башкирии, в штате работали инструкторы, тренеры по видам спорта. В настоящее время спортклуб координирует работу учебно-спортивных отделений по 15 видам спорта, в них занимаются более 300 студентов.

Ежегодно в университете проводится не менее семидесяти оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий. Наиболее массовые: межкурсовые и межфакультетские универсиады, спартакиада общежитий, соревнования среди преподавателей.

Спортсмены университета ежегодно принимают участие более, чем в восьмидесяти соревнованиях, начиная с первенства Кировского района г.Уфы заканчивая чемпионатом мира.

Но вернемся к истокам развития физкультурного движения в вузе. Еще в 1935 году команда института заняла первое место в эстафете профсоюзов. В следующем году заняла 1-е место в межвузовской спартакиаде г. Уфы. В предвоенные годы у соревнований были свои особенности, тогда много внимания уделялось оборонно-массовой работе, внедрялся комплекс ГТО, так сборная команда медиков вышла на шестое место на всесоюзных соревнованиях, уступив только московским вузам. Студенты тренировались в оборонных и спортивных кружках, успешно сдавая нормы комплекса ГТО СССР.

В 50-х – 60-х годах институт занимал первые места по баскетболу и конькам (тренер Б.К. Леманов). Начиная с 50-х годов гимнастика наравне с баскетболом была ведущей дисциплиной в институте, у истоков которой стоял старший преподаватель В.П. Романов, многие из его учеников стали чемпионами Башкирии, спартакиад медвузов России и СССР.

Самый большой успех пришел вместе с появлением в институте ведущего специалиста Башкирии А.В. Демченко. Совместно с Ф.Р. Латыповым, чемпионом спартакиады СССР и 3-х кратным чемпионом России 1974-1976 годов им была подготовлена команда, которая на протяжении нескольких лет была ведущей командой медвузов России и СССР.

Боксеров высокой квалификации ежегодно готовил З.Х. Утяшев. Авторитет тренера особенно вырос в связи с высокими достижениями его воспитанников на ринге в поединках не только классического бокса, но и в таких разновидностях, как сават и кикбоксинг. Весьма внушительных результатов добивался тренер по тяжелой атлетике и гиревому спорту Симонов В.И. Успехи борцов классического стиля были связаны с преподавателем, мастером спорта СССР, чемпионом России Молодцовым Е.А. и студентом, чемпионом вузов МЗ России Габбасовым В. Высоких результатов добивался Бикташев М.Р. по дзюдо и самбо.

С 1966 года с приходом Морозова Николая Андреевича значительные успехи были достигнуты лыжниками-гонщиками. Одним из первых победителей юношеских соревнований Советского союза по биатлону стал Шарипов Алис. Начиная с 1973 года команда лыжников-гонщиков во главе с тренерами-преподавателями Морозовым Н.А. и Ярким Ю.В. неоднократно становилась победителем среди вузов Башкирии, медвузов России и СССР. В конце 60-х годов получило развитие в институте морское многоборье. На чемпионате медвузов СССР сборная команда заняла второе место. Существенным обоснованием успехов наших студентов в зимнем и летнем многоборье ГТО оставалось их военно-прикладное значение. В весеннее - летний период Морозов Н.А. переключался на новый вид спорта - военно-прикладное многоборье (ВПМ). Ведущие спортсмены института в составе сборной команды Башкирии участвовали на крупнейших соревнованиях ДОСААФ СССР. С 2000-х годов зимним троеборьем (полиатлон) руководил Ю.В.Яркин. В университете подготовлено более 20 кандидатов в мастера спорта по зимнему троеборью. Для 90-х годов в нашей стране стало характерным демократизация общества, проникновения в содержание физического воспитания молодежи гуманистических идей. Все это и обусловило возрождение интереса к развитию национальных видов спорта.

Включение в программу Универсиад РБ таких видов, как лапта, борьба на поясах, гиревой спорт способствовали развитию данных видов спорта и в нашем вузе.

За 65 лет существования спортклуба подготовлено более 30 мастеров спорта, сотни кандидатов в мастера спорта и перворазрядников. Многие выпускники, активно занимающиеся спортом в студенческие годы стали впоследствии эталоном современного врача. Шерстенников Е. – организатор марафонских проплывов по реке Агидель после окончания вуза заведовал кафедрой анатомии в г. Кемерове. В.Куприянов занимался боксом

и лыжами, был чемпионом медвузов по боксу, заведовал кафедрой физиологии в Чебоксарском университете. Мастер спорта по гребле Альфред Турьянов был министром здравоохранения Башкортостана, его брат Мэлс Турьянов. тоже мастер спорта, был профессором в первом московском медуниверситете. Трехкратным чемпионом СССР по спортивному туризму был Эрнст Мулдашев, профессор, руководитель Всероссийского центра пластической хирургии.

Чемпионом Европы по спасательному многоборью был Трубин Владимир – профессор кафедры акушерства и гинекологии №2. Многократный чемпион мира и Европы по самбо и дзюдо среди мастеров заслуженный мастер спорта и заслуженный тренер России Самсонов Вячеслав - выпускник санитарно-гигиенического факультета, кандидат медицинских наук. Среди выпускников вуза XXI века известны имена Вострикова Руслана – 2-х кратного чемпиона Европы и чемпиона мира среди молодежи по пауэрлифтингу, мастера спорта международного класса. Яркий след в истории спорта Башкирии и БГМУ оставил двукратный призер и чемпион мира по борьбе на поясах, мастер спорта по греко-римской борьбе, борьбе на поясах, мастер спорта международного класса, выпускник лечебного факультета Сергей Потанин. Большую работу с сотрудниками, преподавателями и медицинскими работникам по приобщению их к занятиям физической культурой и спортом проводит спортивный клуб совместно с рескомом профсоюза работников здравоохранения (председатель – заслуженный врач РБ Зырянов П.Н.)

В 1975 году по инициативе Морозова Н.А. спортклубом и кафедрой физического воспитания были организованы первые соревнования по лыжным гонкам среди сотрудников и преподавателей БМИ., посвященные памяти выпускника, героически погибшего во время ВОВ Ф.Ф. Кургаева. В последующие годы они стали проводиться под эгидой республиканской организации Башкортостана профсоюза работников здравоохранения и министерства здравоохранения РБ. С 2000 года стали проводиться и летние соревнования по кроссу с участием более пятидесяти команд поликлиник и больниц Башкортостана.

Ежегодно спортклубом проводятся соревнования по настольному теннису среди преподавателей БГМУ на призы Д.А. Еникеева, д.м.н., зав. кафедрой патологической физиологии. В 2015 году уже в одиннадцатый раз прошел турнир по мини – футболу среди медработников, посвященный памяти выдающегося хирурга и педагога, профессора И.А.Сафина, проводимого совместно с РКБ им. Куватова и инициатором этого турнира профессором М.А. Нартайлаковым. В играх принимает участие более двадцати команд поликлиник и больниц Башкортостана. Команда преподавателей БГМУ неоднократно была призером этого турнира.

С 2012 года Минздравом стал проводиться фестиваль спорта студентов медвузов РФ под девизом «Спорт – вторая профессия врача».

Заключение и выводы: 1. Большой вклад в развитие спортивно-массовая и оздоровительная работа в Башкирском государственном медицинском университете внесли сотрудники кафедры физической культуры.

Литература

1. Романов В.П. (29.01.1982г.) «О моей работе в БМИ и о спортивной гимнастике».
2. Леманов Б.К. «Воспоминания о кафедре физвоспитания с 1948 по 1972 годы».
3. Воспоминания доцента БГМУ Яркина Юрия Владимировича в феврале 2016 года.
4. Материалы кафедры физической культуры БГМУ (зав. кафедрой – доцент, к.б.н., Гайнуллин Р.А.).

УДК 616.31.11.1

Р.Р. Абсатаров, Д.А. Рахматуллина

**ВОЕННЫЙ ПОДВИГ ПЕРВОГО СОСУДИСТОГО ХИРУРГА БАШКИРСКОЙ
АССР РЕЙТЕРА УСМАНОВИЧА ИШМУХАМЕТОВА**

**Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа**

Резюме: Участник Великой Отечественной войны, орденносец Рейтер Усманович Ишмухаметов является первым сосудистым хирургом в Башкирской АССР.

Ключевые слова: сосудистый хирург, солдат, подвиг, Великая Отечественная война.

R.R. Absatarov, D.A. Rakhmatullina

**MILITARY FIRST FEAT VASCULAR SURGERY BASHKIRIA REITER
USMANOVICH ISHMUKHAMETOV**

**Department of Public Health and the Organization of Health Care with course of post
graduate education, Bashkir state medical university, Ufa**

Abstract: Member of the Great Patriotic War, a decorated Reuters Usmanovich Ishmukhametov is the first vascular surgeon in the Bashkir Autonomous Soviet Socialist Republic.

Keywords: vascular surgeon, a soldier, a feat The Great Patriotic War.

Актуальность: В опубликованных материалах по истории хирургии Республики Башкортостан нет сведений о первом сосудистом хирурге в Башкирской АССР.

Цель исследования: Проанализировать военный подвиг участника Великой Отечественной войны Р.У. Ишмухаметова.

Материалы и методы: в работе использовались архивный, биографический методы исследования.

Результаты и обсуждение: Рейтер Усманович Ишмухаметов родился 5 ноября 1924 года в пос.Баймак. После окончания Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ в 1952 году работал в Республиканской клинической больнице им. Г.Г.Куватова, последние годы жизни перед пенсией работал в городской клинической больнице №8 г. Уфы. В годы Великой Отечественной войны был призван добровольцем в Красную Армию 5 сентября 1942 года Белорецким Райвоенкоматом Башкирской АССР. На фронтах Отечественной войны: с 1943 года, награждён медалью «За боевые заслуги» приказ 287 №7 от 28 сентября 1943 года. Воинскую службу проходил в качестве командира отделения роты автоматчиков Стрелкового полка 51 Витебской стрелковой дивизии Первого Прибалтийского фронта.

В боях за овладение города Полоцк 2—4 июля 1944 г. ефрейтор Ишмухаметов Рейтер Усманович умело управлял своим отделением, в траншейном бою убил лично двух немцев и со своим отделением блокировал дзот противника. За этот подвиг Рейтер Усманович был представлен к медали «За отвагу» 19 августа 1944 года.

В ожесточенных боях 5 октября 1944 г. при форсировании реки Вента, выполняя обязанности заместителя командира взвода, проявил образцы выдающегося мужества и самоотверженности, личным примером храбрости увлек за собой автоматчиков своего взвода, сам первым форсировал реку. Проникнув за опорный пункт немцев местечка Папиле, ворвавшись в траншею противника уничтожил в рукопашном бою 4-х гитлеровцев, участвовал в пленении двух. Будучи в этом бою легко ранен руку Рейтер Усманович не покинул своего подразделения до конца боя. От имени Президиума Верховного Совета Союза ССР за образцовое выполнение боевых заданий командования на фронте борьбы с немецкими захватчиками и проявленные при этом доблесть и мужество Рейтер Усманович Ишмухаметов награждён Орденом Славы III степени 29 октября 1944 года.

После демобилизации Рейтер Усманович поступил в Башкирской Государственный медицинский институт, а после его окончания плодотворно работал в сосудистом отделении Республиканской клинической больницы, став официально первым специалистом среди сосудистой хирургии.

Участник Великой Отечественной войны Рейтер Усманович Ишмухаметов в 1985 году в честь 40-летия Победы советского народа в Великой Отечественной войне был награждён орденом Отечественной войны I степени.

Свой опыт хирурга и участника боевых событий в годы Великой Отечественной войны Рейтер Усманович Ишмухаметов передавал молодому поколению, он постоянный участник круглых столов ветеранов войны и молодежи.

Выводы: 1) Один из первых сосудистых хирургов Башкирской АССР Рейтер Усманович Ишмухаметов — участник Великой Отечественной войны.

Литература

1. Личное дело Р.У.Ишмухаметова.
2. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан (энциклопедический справочник). Уфа, 2009. -С.145.

ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКЕ: МЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ.

УДК 613.4+613.98

И.В. Давлеева, И.И. Кутушева

ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ РОЗОВОЙ ВОДЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж», г. Бирск

Резюме. Все целебные свойства натуральных компонентов, которые используются в косметических средствах, известны с давних времен. На данный момент полки магазинов заставлены самой различной косметикой и нет необходимости прилагать усилия для того, чтобы выглядеть привлекательно. Большинство женщин предпочитают косметику, изготовленную из натуральных ингредиентов, но покупают средства на основе химических компонентов. А другие покупают косметику на основе натуральных ингредиентов, забывая, что можно ее приготовить и в домашних условиях.

Ключевые слова. Натуральные компоненты, полезные свойства, доступность.

I.V. Davleeva, I.I. Kutusheva

THE STUDY OF THE PROPERTIES OF ROSE WATER AND ITS INFLUENCE OF THE HUMAN BODY

State autonomus professional educational establishment of Bashkortostan «Birsk medical and pharmaceutical college», Birsk

Abstract. All the curative properties of natural ingredients that are used in cosmetics know for a long time. For the current moment shelves of shops are full of very different cosmetics and no need to make an effort to look attractively. Most of women prefer cosmetics made from natural components but buy product based on chemical ingredients. Others buy cosmetics based on natural components in mind that they can prepare it at home.

Keywords. Natural ingredients, useful property, availability.

Актуальность: Натуральные косметические продукты созданы для того, чтобы подчеркнуть естественную красоту человека. Так как в основе натуральной косметики лежат вытяжки и экстракты из растений и натуральных продуктов, а также масла, мы считаем, что эко косметика абсолютно безопасна для кожи и здоровья человека. Поэтому, наш разговор пойдет о полезных свойствах розы и о влиянии ее на организм человека.

Цель исследования:

Изучение полезных свойств розы и приготовление розовой воды на основе лепестков роз, используя теоретические знания о составе и действии розы, а также знания фармацевтической технологии.

Для реализации поставленной цели нами решались следующие задачи:

1. Изучить полезные свойства розы;
2. Приготовить вытяжку-концентрат из лепестков роз;
3. Приготовить розовую воду из вытяжки-концентрата;
4. Проанализировать и провести исследование с полученной розовой водой методом анкетирования.

Материалы и методы:

Нами были рассмотрены характеристики розы, изучены ее фармакологические действия, а также противопоказания и побочные эффекты. Была приготовлена вытяжка из лепестков роз, которая использовалась для приготовления воды розовой. Также было проведено исследование эффективности воздействия на кожу приготовленной продукции.

Методы исследования: анкетирование, наблюдение, собеседование. Исследования проводились с января по февраль 2016 года.

На первом этапе работы проводился анализ сырья, а также имеющейся по этому вопросу литературы. Второй этап исследования заключался в изготовлении вытяжки-концентрата из лепестков роз, с последующим исследованием эффективности воздействия приготовленной продукции на кожу. Исследование проводилось на базе Отделения дополнительного профессионального образования ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж», в котором были задействованы 38 студентов в возрасте от 18 до 25 лет.

Результаты и обсуждение:

С целью реализации поставленных задач нами была подобрана и изучена научная, учебная и учебно-методическая литература, а также подобрана и отработана на практике технология получения вытяжки-концентрата из лепестков роз.

На этапе исследования нами осуществлялся сбор объективной и достоверной информации о полезных свойствах приготовленной нами розовой воды. В исследовании участвовали студенты Бирского медико-фармацевтического колледжа в возрасте от 18 до 25 лет. В первую очередь мы выяснили, насколько они знакомы с данным продуктом заводского изготовления (таблица 1):

Таблица 1

Знакомство студентов с продукцией

Мнения студентов	Количество
Использую регулярно	2
Покупал несколько раз	4
Знаком понаслышке	8
Впервые узнал	24

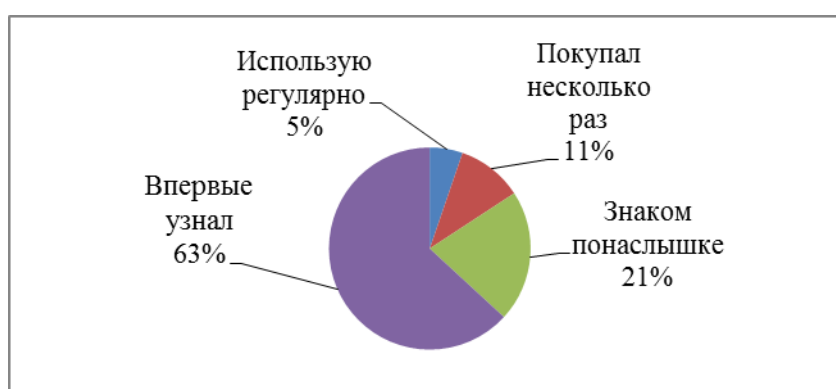


Рис. 1. Результаты опроса о знакомстве с продукцией заводского изготовления

По результатам опроса выяснилось, что 24 человека (63%) впервые узнали о розовой воде, и лишь 2 человека (5%) используют ее регулярно.

Методом анкетирования мы выявили среди 38 студентов наиболее часто встречающийся тип кожи: нормальный – 22 человека (58%), жирный – 6 человек (16%), сухой – 6 человек (16%), комбинированный – 4 человека (10%).

Таблица 2

Выявление типа кожи

Тип кожи	Количество студентов
Нормальный	22
Жирный	6
Сухой	6
Комбинированный	4

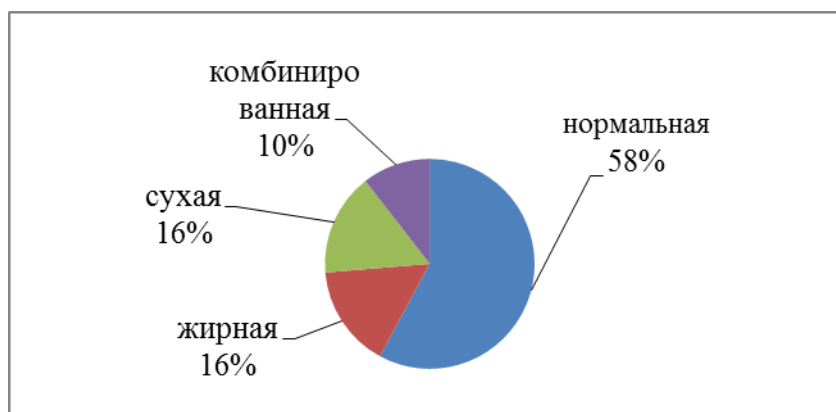


Рис. 2. Анализ выявления типа кожи

После использования исследуемыми нашей продукции в течение 10 дней, мы попросили их поделиться своими впечатлениями и получили следующие результаты (таблица 3):

Таблица 3

Изменения с кожей после использования розовой воды

Изменения кожи	Количество студентов
Сузились поры	3
Нет жирного блеска	7
Кожа лица стала мягче	21
Улучшился цвет лица	2
Появилось шелушение кожи	3
Аллергия	1
Изменений нет	6

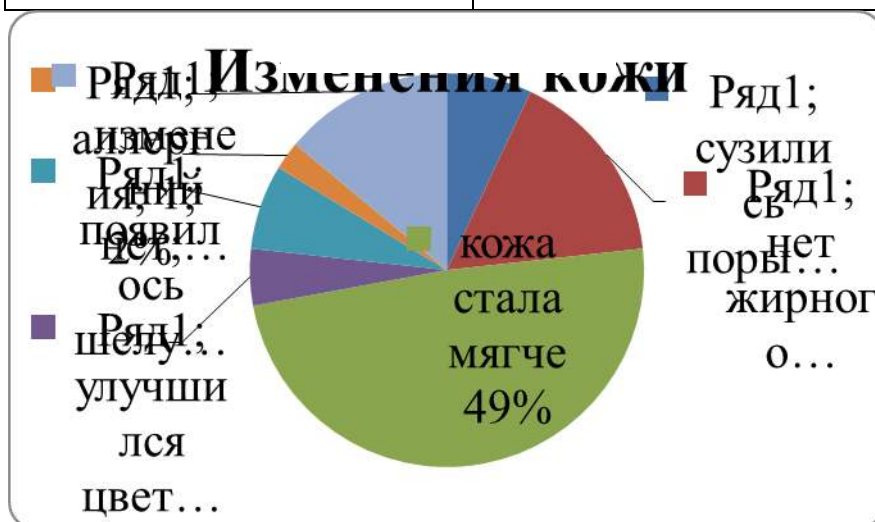


Рис. 3. Результаты, полученные после применения розовой воды

У большинства студентов после применения нашей продукции наблюдалось смягчение кожи (49%) и устранение жирного блеска (16%), а также улучшение цвета лица (5%), сужение пор (7%). Кроме этого у небольшого числа студентов появилось шелушение (7%), что обусловлено сухим типом кожи (за счет наличия дубильных веществ) и аллергическая реакция (2%) в виду индивидуальной непереносимости.

Заключение и выводы:

В результате изученного нами материала по косметическим свойствам розы и приготовленным видом продукции можно сделать вывод, что лепестки розы обладают успокаивающим, ранозаживляющим, вяжущим, противовоспалительным свойствами, восстанавливает упругость и мягкость кожи, выравнивает цвет лица, сужает поры.

По итогам исследовательской работы можно сделать следующие выводы:

1. Розовую воду можно применять в косметологии для ухода за нормальной, жирной, чувствительной кожей.

2. Людям с сухой кожей применять розовую воду следует с предосторожностью, так как она обладает вяжущим свойством, и может привести в некоторых случаях к шелушению.

3. Людям, имеющим аллергию на розы, применение косметических средств из нее противопоказано.

С нашей точки зрения, рационально для поддержания красоты кожи лица применять продукции растительного происхождения, так как они имеют меньше побочных эффектов и противопоказаний, доступны и просты в изготовлении в домашних условиях.

Литература

1. Ароматерапия и природные лекарства [Текст] / Отв. ред. О.Сухарева.- М.: Астрель, 2006.-120с.: ил.
2. Лечение запахом, или ароматерапия [Текст]// Полная энциклопедия народной медицины/ Сост. А.В. Маркова.- СПб: Сова, 2004.- С. 603-607
3. Натуральная косметика// Дрибноход, Ю.Ю. Косметология [Текст]: учеб.пособ. /Ю.Ю. Дрибноход.-6-е изд.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.- С.343-346
4. Фармакогнозия. Лекарственное сырье растительного и животного происхождения [Текст]: учеб.пособ./ Под ред. Г.П. Яковлева. – 2-е изд., испр. и доп.- СПб: СпецЛит, 2010.-863с.:ил.
5. Фридман, Р.А. Технология косметики [Текст] /Р.А.Фридман.- М.: Пищевая промышленность, 1964.

6. Фасмер, М. Этимологический словарь русского языка[Текст]: Т. 3. /М.Фасмер.- М.: Прогресс, 1987. –С. 254
7. Фасмер М. Этимологический словарь русского языка[Текст]: Т. 1 /М.Фасмер.- М.: Прогресс, 1986. –С. 230
8. http://eximp.com.ua/board/n94-kniga_o_rozah.html
9. <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

УДК 377

Р.Р. Буракеева

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

*Медицинский колледж , Башкирский государственный медицинский, университет
(Уфа, Россия)*

Резюме. Гипертоническая болезнь для современной медицины объясняется широкой распространенностью заболевания, отсутствием эффективных методов лечения, ранним развитием тяжелых осложнений и смертности от них. Целью данной работы является изучение роли медицинской сестры в проведении первичной профилактики гипертонической болезни.

Ключевые слова. Первичная профилактика, гипертоническая болезнь, сестринское дело.

R.R. Burakeeva

**THE ROLE OF THE NURSE IN CONDUCTING OF THE
PRIMARY PROPHYLAXIS IN HYPERTENSIVE DISEASE**

Medical college, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

For the modern medicine the wide hypertensive disease prevalence is explained by the lack of the effective methods of treatment, the early development of severe complications and mortality after them. The aim of this work is the study of the role of the nurse in conducting of the primary prophylaxis in hypertensive disease.

Primary prophylaxis, hypertensive disease, nursing care

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин смертности, инвалидности населения, третье место среди причин заболеваемости. Выявлено, что 59% мужчин и 49% женщин с сердечно-сосудистыми поражениями выходят на инвалидность в трудоспособном возрасте. Первую группу инвалидности получают около 5% мужчин и 4% женщин, вторую группу – 59% мужчин и 55% женщин. Общее число инвалидов среди женщин составляет 255,8 против 176,9 у мужчин на 10000 населения.

Распространенность артериальной гипертензии в России составляет среди мужчин 54,2%, а среди женщин 49,1%. Гипертоническая болезнь для современной медицины

объясняется широкой распространенностью заболевания, отсутствием эффективных методов лечения, ранним развитием тяжелых осложнений и смертности от них.

Целью данной работы является изучение роли медицинской сестры в проведении первичной профилактики гипертонической болезни.

Для достижения цели были определены следующие *задачи*:

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Выявить факторы риска развития гипертонической болезни среди населения.
3. Выявить уровень знаний пациентов о первичной профилактике гипертонической болезни.
4. Изучить работу медицинской сестры в проведении первичной профилактики гипертонической болезни.
5. Составить практические рекомендации.

Исследование проводилось на базе городской клинической больницы №13 города Уфы. При этом были использованы следующие методы:

- анкетирование пациентов с целью выявления факторов риска гипертонической болезни;
- определение суммарного сердечно-сосудистого риска;
- определение уровня тревоги и депрессии;
- статистическая обработка медицинских карт стационарного больного;
- анкетирование медицинского персонала.

Для выявления факторов риска у пациентов, не страдающих гипертонической болезнью, была составлена анкета, состоящая из 21 вопроса (Приложение 1). В анкетировании принимали участие 60 респондентов. Среди опрошенных пациентов 26 мужчин и 34 женщины в возрасте от 27 до 65 лет.

При исследовании наследственной предрасположенности было выявлено, что у 60% респондентов ближайшие родственники не страдают гипертонической болезнью и 30% имеют одного близкого с гипертонической болезнью. Избыточную массу тела имеют 55% опрошенных, при чем, респонденты с избыточной массой тела чаще встречаются в возрастной категории старше 45 лет.

Важным профилактическим моментом является контроль уровня артериального давления. Большая часть респондентов (60%) знают цифры своего артериального давления и из них 40% отмечают значительные его колебания.

В ходе исследования выяснилось, что все респонденты знают о вреде курения и алкоголя, но всё равно имеют одну из этих вредных привычек. Большая часть респондентов (35%) употребляют алкоголь 1 раз в неделю, что значительно увеличивает риск развития гипертонической болезни.

Часто люди, сталкиваясь с понятием рационального питания до конца не понимают, что это такое и как нужно питаться. Среди опрошенных пациентов 80% знают о рациональном питании, но из них всего лишь 20% придерживаются основных его принципов. В рационе питания респондентов преобладают жареные блюда, копчёности (25%), и очень низкий процент потребления овощей и фруктов (5%), что ведёт к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний.

Очень важное значение, в первичной профилактике гипертонической болезни имеет режим труда и отдыха, а также нервно-психическое перенапряжение. В ходе анкетирования было выяснено, что 45% респондентов соблюдают режим дня, 55% не могут соблюдать в связи с трудовой деятельностью, 65% опрошенных подвергаются стрессовым ситуациям и только 40% умеют справляться с ними.

В связи с этим была проведена оценка уровня тревоги и депрессии (Приложение 2). Не смотря, на то, что большинство мужчин и женщин имеют отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги, 10% мужчин и 15% женщин всё-таки имеют высокий ее уровень, то есть имеют клинически выраженные симптомы тревоги. Положительным моментом является то, что у 90% мужчин и у 95% женщин отсутствуют достоверно выраженные симптомы депрессии, так же отсутствует клинически выраженная депрессия.

В ходе проведения исследовательской работы было выяснено, что большая часть пациентов занимаются физической культурой, но, к сожалению, лишь 20% имеет ежедневные физические нагрузки.

Далее была проведена методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE (Приложение 3). Учитывая тот факт, что пациенты не страдают гипертонической болезнью, при исследовании большее внимание уделялось уровню холестерина и наличие такой вредной привычки, как курение. По результатам оценки было выяснено, что большинство мужчин и женщин, имеют средний суммарный сердечно-сосудистый риск. Но, несмотря на это, было выявлено, что 10% мужчин и 10% женщин имеют высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Следующим этапом исследовательской работы была разработка практических рекомендаций по здоровому образу жизни. Была проведена беседа и разработана памятка по

первичной профилактике гипертонической болезни. В дальнейшем был проведен повторный опрос среди тех же 60 пациентов для выявления эффективности проведенной работы.

Из результатов опроса следует:

- 70% респондентов будут стараться вести здоровый образ жизни;
- 55% курящих пациентов, ответили, что попробуют бросить курить;
- 50% пациентов, употребляющих алкоголь, попробуют отказаться от употребления алкогольных напитков.

В последующем было проведено анкетирование среди среднего медицинского персонала с целью изучения работы медсестры в проведении первичной профилактики гипертонической болезни. Была составлена анкета, состоящая из 11 вопросов (Приложение 4). В анкетировании принимали участие 20 респондентов. Основная часть медицинских работников – это специалисты среднего и старшего возраста, имеющие опыт работы от 1 года до 30 лет.

Для проведения профилактических мероприятий необходима печатная продукция, в выпуске которой должны принимать участие медицинские сестры. В ходе исследования выяснилось, что 77% респондентов участвуют в выпуске санбюллетней, и 75% принимают участие в разработке памяток. Анализируя далее видим, что 50% респондентов используют в качестве обучения пациентов видеофильмы, 25% – используют беседы и 25% – лекции. Средний медицинский персонал считает свою профилактическую работу эффективной в 80% случаев, и 20% считают, что эффективность недостаточная, в связи с нехваткой времени.

Для выяснения затраты времени медицинских сестер на профилактику гипертонической болезни, был проведен хронометраж рабочего дня. Большая часть рабочего времени медицинских сестер уходит на лечебные мероприятия, заполнения документации и лишь не большая часть остается на профилактические мероприятия.

Выводы

1. Знания пациентов о факторах риска развития гипертонической болезни находятся на низком уровне.
2. Большая часть пациентов имеет один или несколько факторов риска развития гипертонической болезни.
3. Основная часть медицинских работников участвует в проведении первичной профилактике гипертонической болезни, но в связи с нехваткой времени на профилактические мероприятия, они проводятся в не полном объеме.

Рекомендации

1. С целью первичной профилактики гипертонической болезни среди организованного населения необходимо проводить образовательные программы с учётом имеющихся факторов риска и их выраженности: злоупотребление алкоголем, курение, ожирение, гиподинамия, нарушение режима дня.

2. Для более широкого охвата населения образовательной программой пациентам необходимо рекомендовать посещение школ по формированию здорового образа жизни.

3. Для повышения уровня знаний о первичной профилактике гипертонической болезни нужно создавать информационно-пропагандистскую систему: выпускать санитарные бюллетени, изготавливать памятки и проводить беседы.

4. *Побуждать население к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой и спортом, повышать доступность этих видов оздоровления.*

Литературы

1. Амазов, В.А. Гипертоническая болезнь: учебник / В.А. Амазов. -12-е изд. – Ростов н/Дону: Феникс, 2010 - 16-19 с.

2. Горев, Н.Н. Артериальная гипертония и атеросклероз: учебник/ Н.Н. Горев. - Медицина, 2013 – 175с.

3. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная профилактика». Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2011, № 10(6), с. 1-64

4. Классификация, принципы лечения и профилактики гипертонической болезни: НГМА, 2013.- 136 с.

5. Оганов, Р.Г. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилием профилактики: учебное пособие для студ. мед. училищ и колледжей / Оганов Р.Г. Г.Я. Масленникова. – Ростов н/Дону: Феникс, 2007. – 288 с

6. Приказ Министерства здравоохранения ЧР №41 от 24 января 2002г. «О проведении Российского эпидемиологического исследования распространенности АГ и сердечной недостаточности»

7. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний, рекомендации, Москва 2013 г.

8. Ратнер, Н.А. Артериальные гипертонии: учебник / Н.А. Ратнер – изд .- Медицина, 2014

9. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

УДК 377

Л.С. Лусникова, А.Ф. Курамшина

**ВЛИЯНИЕ ОСТАТОЧНОГО МОНОМЕРА НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ
ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ
ПЛАСТИНКАМИ.**

*Медицинский колледж, Башкирский государственный медицинский университет
(Уфа, Россия)*

На сегодняшний день самым распространенным материалом для изготовления базисных протезов и ортодонтических пластинок в отечественной и зарубежной стоматологии является акриловая пластмасса, на основе различных производных акриловой и метакриловой кислот. В связи с недостаточным знанием причин и механизмов реакции слизистой оболочки протезного ложа на акрилаты, возникли термины «непереносимость пластмассовых протезов» и «акриловый стоматит». В последние годы признана необходимость дифференцированного подхода к выбору конструкционного материала для изготовления съемного зубного протеза с учетом индивидуальных особенностей стоматологического статуса и микроэкологии полости рта больного.

Непереносимость пластмассовых протезов, акриловый стоматит, полимеризация, ортодонтические конструкции.

Lusnikova L., Kuramshina A.F.

**THE INFLUENCE OF THE RESIDUAL MONOMER ON THE ORAL CAVITY
MUCOUS MEMBRANE OF THE PATIENT THAT USES A BITE PLATE**

Medical college, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Nowadays in domestic and foreign dentistry the most common material for the manufacture of continuous gum dentures and bite plates is acrylic resin produced on the basis of various derivatives from acrylic and methacrylic acids. Such terms as “plastic prosthesis intolerance” and “acrylic stomatitis” have appeared because of the inadequate knowledge of the causes and mechanisms of the reaction of the mucous membrane of prosthetic bed to acrylates. In recent years there was recognized the necessity of the differentiated approach to the choice of the constructional material in the manufacture of the removable dental prosthesis taking into account the individual characteristics of the dental status and microecology of the oral cavity of the patient.

Plastic prosthesis intolerance, acrylic stomatitis, polymerization, orthodontic constructions.

Как показала практика, обладая многими положительными свойствами, полимеры могут оказывать отрицательное действие и на ткани протезного ложа и на организм в целом. В процессе изготовления, после полимеризации пластмассы, в протезе остается часть свободного мономера (до 8%), не вступившего в реакцию. После припасовки пластинки в полость рта свободный мономер постепенно начинает выделяться в ротовую полость и со слюной попадает в организм. Это может явиться причиной непереносимости и резкого воспаления слизистой оболочки полости рта.

Под непереносимостью зубных протезов подразумевается комплекс патологических реакций тканей протезного ложа и организма в целом на конструкционные материалы, используемые в стоматологии (Воложин А.И., Шехтер А.Б., Кариков К.Г., Суханов Ю.П., Гаврильчик А.В., 2008).

Причинами возникновения непереносимости стоматологических конструкций являются:

1. Конструкционные и технические особенности:

- несоответствие границ протезов протезному ложу, особенности расположения составных элементов протезов в полости рта;
- пористость материала, из которого изготовлен протез, шероховатость его поверхности при недостаточной отделке и полировке.

2. Изменение физических условий в полости рта:

- нарушение теплообмена на участках слизистой закрытой базисом протеза из пластмассы (парниковый эффект);
- нарушение газообмена на некоторых участках слизистой, закрытых деталями съемных конструкций;
- нарушение поступления слюны к участкам слизистой, закрытых деталями съемных конструкций.

3. Влияние негативных внешних факторов:

- стрессовых ситуаций (в том числе и в связи со стоматологическим лечением);
- токсической нагрузки (через медикаменты, продукты питания, воздушную среду).

4. Конституция пациента и совокупность его продуктивных расстройств, вызванных сопутствующими заболеваниями.

До настоящего времени в литературе нет единой классификации, которая бы учитывала все клинические формы и этиологические факторы заболеваний, вызываемых

пластиночными протезами. Разработка качественно новых материалов и технологий не привели к снижению частоты индивидуальной непереносимости.

Целью исследовательской работы является анализ и обобщение статистической информации влияния остаточного мономера на слизистую оболочку полости рта у пациентов, пользующихся ортодонтическими пластинками, изготовленными из пластмасс холодного отверждения.

Методы исследования:

- анализ медицинской документации историй болезни пациентов;
- анкетирование детей, пользующихся ортодонтическими пластинками и их родителей.

В первой части исследовательской работы был проведен анализ медицинской документации историй болезни пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении в стоматологических поликлиниках г. Уфы. Всего проанализировано 100 историй болезней.

Согласно поставленной цели, истории болезни были разделены на группы:

1 группа – истории болезни пациентов, пользующихся ортодонтическими пластинками, изготовленными из акриловой пластмассы методом насыпной технологии «Виллакрил Орто» (50 амбулаторных карт).

2 группа – истории болезни пациентов, пользующихся ортодонтическими пластинками, изготовленными из акриловой пластмассы холодного отверждения «Редонт» (50 амбулаторных карт).

При анализе историй болезни и осмотре пациентов учитывали конструкционный материал, используемый для изготовления ортодонтического аппарата и сроки его эксплуатации, наличие воспалительных процессов в полости рта в начале лечения и через 30-40 дней. Во второй части исследовательской работы было проведено анкетирование детей, пользующихся ортодонтическими пластинками и их родителей. Проведена беседа с ними о гигиене полости рта и даны рекомендации – памятки для пациентов, пользующихся ортодонтическими аппаратами. Снят учебный фильм: «Правила работы с самотвердеющими пластмассами». Выбор пациентов, пользующихся ортодонтическими пластинками, был обусловлен тем, что за ними осуществляется постоянный медицинский контроль в отличие от пациентов, пользующихся пластиночными съемными протезами.

В результате наших исследований мы выявили, что основная часть жалоб была на гиперсаливацию, тошноту, образование изъязвлений, жжение в полости рта, отечность слизистой оболочки по границам протеза в начале лечения. Через 30-40 дней эти явления уменьшаются, так как происходит адаптация к аппарату.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ортодонтические пластинки, изготовленные из пластмасс холодного отверждения, провоцируют и усугубляют воспалительные процессы слизистой оболочки протезного ложа и приводят к развитию протезного стоматита. Тканевая реакция на акриловые пластмассы зависит от степени полимеризации и времени экстракции токсичных веществ из полимера. Чем ниже степень полимеризации, тем выше воспалительная реакция в ранние сроки, более выражены хронические воспалительные инфильтрации в поздние сроки.

Таблица 1.

Результаты исследования

Явления непереносимости	Через 10-14 дней		Через 30-40 дней	
	I группа	II группа	I группа	II группа
Гиперсаливация	13 (26%)	20 (40%)	2 (4%)	10 (20%)
Тошнота	22 (44%)	28 (56%)	3 (6%)	8 (16%)
Гиперемия слизистой оболочки полости рта	15 (30%)	23 (46%)	5 (10%)	8 (16%)
Жжение в полости рта	14 (28%)	20 (40%)	2 (4%)	11 (22%)
Отечность слизистой по границам пластинки	8 (16%)	12 (24%)	2 (4%)	7 (14%)

Полученные данные свидетельствуют о том, что ортодонтические пластинки, изготовленные из пластмасс холодного отверждения, провоцируют и усугубляют воспалительные процессы слизистой оболочки протезного ложа и приводят к развитию протезного стоматита. Тканевая реакция на акриловые пластмассы зависит от степени полимеризации и времени экстракции токсичных веществ из полимера. Чем ниже степень полимеризации, тем выше воспалительная реакция в ранние сроки, более выражены хронические воспалительные инфильтрации в поздние сроки. Применение ортодонтических аппаратов неблагоприятно отражается на гигиеническом состоянии полости рта.

При изучении анкет было выявлено, что не все пациенты знают гигиенические правила ухода за полостью рта при ортодонтическом лечении. Некоторые использовали для чистки пластинки обычную гигиеническую пасту и не имеют специального контейнера для хранения аппарата. У детей, родители которых осуществляют постоянный контроль за чисткой и эксплуатацией пластинки, процесс адаптации короче. Кроме того, наличие воспалительных явлений в полости рта через 10-14 дней указывают на неудовлетворительную гигиену полости рта. Через 30-40 дней эти явления становятся

единичными, что говорит об удовлетворительном уровне гигиены полости рта и ортодонтической аппаратуры.

Положительный прогноз лечения сомнителен при снижении контактов взаимосоотрудничества врача и пациента и невыполнением необходимых гигиенических процедур и рекомендаций врача.

Выводы: более выраженные и длительные признаки протезного стоматита вызывает использование ортодонтических конструкций из самотвердеющей пластмассы. Плохой гигиенический уход за полостью рта и ортодонтической конструкцией усугубляет воспалительные явления.

Рекомендации: Наиболее перспективными базисными пластмассами для клинического применения с точки зрения сохранности нормального микробиоценоза полости рта и профилактики протезных воспалительных процессов (стоматитов) является полиметакрилатный материал, предназначенный для изготовления ортодонтических аппаратов методом насыпания. Поэтому самотвердеющие пластмассы для изготовления ортодонтических пластинок следует применять только в исключительных случаях. Важно донести до сознания пациента, что несоблюдение элементарных норм и правил гигиенического ухода может стать причиной воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Литература

1. Андреищев А.Р. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации (Серия "Библиотека врача специалиста"). ГЭОТАР-Медиа 2008-224с.
2. Мишнев Л.М., Трезубов В.Н., Соловьев М.М., Сапронова О.Н., Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. Предварительное лечение больных перед зубным протезированием. 2009-160с.
3. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Жулёв Е.Н., Трезубов В.В. "Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение" Москва "МЕДпресс-информ" 2011г.
4. Рузуддинов С.Р., Темирбаев М.А., Алтынбеков К.Д. Ортопедическая стоматология., Алматы, 2011. – 621 с.
5. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. М., Медицинская книга. НГМА, 2008, 203с.;
6. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия М. МИА, 2008, с. 155-168

УДК 618

М. М. Улыбина

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА
РАЗВИТИЕ ПЛОДА**

Бирский медико-фармацевтический колледж, г. Бирск

Резюме. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) составляет в структуре причин перинатальной смертности более 20%. Многолетние наблюдения многих авторов за развитием детей, рожденных матерями с диагностированной ФПН, позволили прийти к выводу, что указанная патология обуславливает не только резкое увеличение перинатальной смертности, но и многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет жизни являются причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, а так же повышенной соматической и инфекционной заболеваемости.[1].

В связи с этим, мы решили выяснить, как же именно влияет ФПН на состояние плода. Мы проводили работу с историями родов с наличием патологий плаценты и ФПН и разработали рекомендации по профилактике ФПН и укрепления здоровья женщин.

Ключевые слова. Фетоплацентарная недостаточность, влияние, плод, гипоксия, профилактика.

М. М. Ulybina

**STUDY OF INFLUENCE OF PLACENTAL INSUFFICIENCY ON FETAL
DEVELOPMENT**

Birsk medical and pharmaceutical college, Birsk

Abstract. Fetoplacental insufficiency (FPI) is in the structure of causes of perinatal mortality over 20%. Long-term observations of many authors for the development of children born to mothers diagnosed with (FPI), led to the conclusion that this pathology involves not only a sharp increase in perinatal death, but also many changes in the body of a child, which in the first years of life are the reason violations in his physical and mental development, as well as an increase in somatic and infectious diseases. [1]

In this regard, we decided to find out how it affects (FPI) on the condition of the fetus. We have been working with the history of the birth and the presence of placental pathology and placental insufficiency and recommendations on prevention and promotion of women's health.

Keywords. fetoplacental insufficiency, fetus, hypoxia, prophylaxis, influence.

Актуальность: Анализ современного состояния здоровья женского населения свидетельствует об его ухудшении. На сегодняшний день патологии плаценты встречается у большинства женщин, велик процент детей, рожденных недоношенными, с наличием большинства заболеваний, развившихся из-за проблем с плацентой. Этим проблемам можно избежать, если каждая женщина будет иметь представление о методах профилактики патологий плаценты.[2]

В акушерской практике женской консультации и роддома г. Бирска все чаще встречаются беременные женщины с патологией плаценты, поэтому в рамках данного исследовательского проекта была изучена проблема роста плацентарной недостаточности.

Цель проекта: Изучение взаимосвязи между патологическими состояниями плаценты, в частности плацентарной недостаточности и здоровьем плода.

Материалы и методы: Анализ литературных источников по данной проблеме; мониторинг распространенности плацентарной недостаточности, в зависимости от возраста роженицы; анализ историй родов родильниц с плацентарной недостаточностью на базе Бирской ЦРБ; исследование взаимосвязи «Плацентарная недостаточность - развитие плода»; мониторинг возникновения плацентарной недостаточности у женщин в зависимости от паритета родов; мониторинг распространения плацентарной недостаточности, в зависимости от социального положения родильниц; исследование методов профилактики возникновения патологий плаценты и проведение бесед с женщинами, по вопросу профилактики плацентарной недостаточности.

Этапами исследовательской деятельности являлись: анализ учебной и научно-познавательной литературы соответствующей тематики, выбор предмета, целей, методов и задач исследования, мониторинг историй родов родильниц, имеющих в анамнезе проблемы патологии плаценты, статистическая обработка данных, составление и систематизация сведений в виде таблиц схем и графиков, подведение итогов работы.

Результаты и обсуждения: В результате проведенных исследований, анализа и систематизации данных были получены следующие результаты:

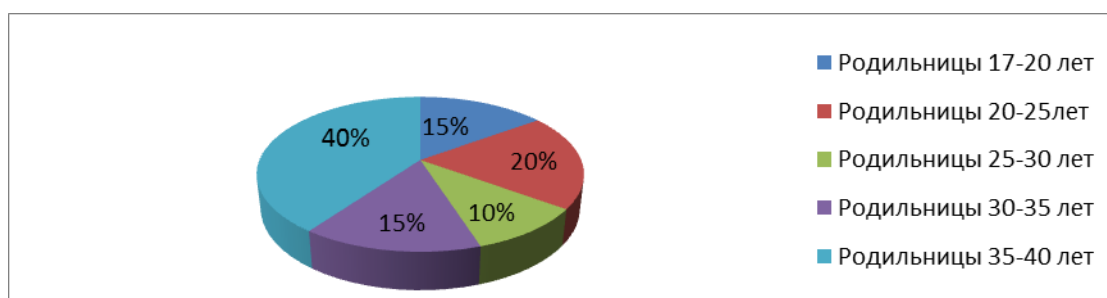


Рис. 1. Распространение плацентарной недостаточности, в зависимости от возраста женщины на основании предоставленных данных.

Наиболее подвержены возникновению плацентарной недостаточности, следующие возрастные группы:

1. Женщины в возрасте от 30 до 40 лет, так рождение ребенка в этот возрастной период является рискованным не только для здоровья матери, но и для здоровья малыша.

2. Женщины в возрасте от 17 до 20 лет. Чем моложе девушка, тем выше риск развития осложнений во время беременности и родов.

3. Среди исследуемых детей, большинство 15 из 20 (75%) детей родились с *гипоксией*. На втором месте идет такое нарушение, как недоношенность; *недоношенными* родились 15 из 20 (75%) детей. 4 из 20 (20%) детей родились с наличием *различных отклонений*. *Доношенные* 5 из 20 (25%) из них с малым весом родились трое детей. Поэтому, очень важно

знать о таких нарушениях, дабы исключить их.

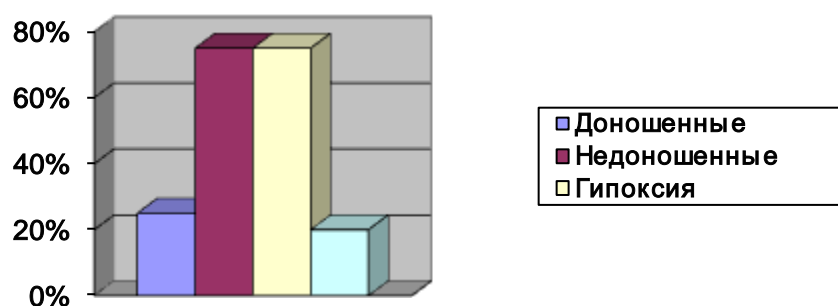


Рис. 2. Патологии детей рожденных с плацентарной недостаточностью.

4. Недоношенными были рождены 15 из 20 (75%); доношенными были рождены 5 из 20 (25%);

Недоношенный ребенок развит не так хорошо, как доношенный. Несомненно, он будет развиваться как остальные, но все равно, какие либо отклонения будут проявляться. А чтобы не допустить этого, нужно знать о методах профилактики недоношенной беременности, причиной которой нередко являются нарушения со стороны плаценты;

5. Среди исследуемых недоношенных, 15 (75%) детей были рождены с наличием гипоксии, из них 5 (33,3%) детей были рождены с наличием гипоксии и гипотрофии.

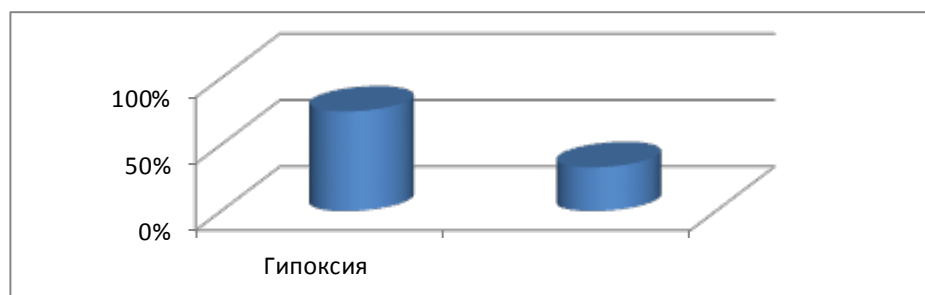


Рис.3. Процентное соотношение детей, родившихся недоношенными с гипоксией и с сочетанием гипоксия +гипотрофия.

6. 20% (4 из 20) исследуемых женщин были первородящими;

15% (3 из 20) исследуемых женщин имели в анамнезе 2-е роды, закончившиеся рождением ребенка;

30% (6 из 20) исследуемых женщин имели в анамнезе 3-и роды, закончившиеся рождением ребенка;

35% (7 из 20) исследуемых женщин имели в анамнезе 4-е роды, закончившиеся рождением ребенка;

Исходя из полученных данных, мы можем с уверенностью сказать, что в нашем случае паритет родов оказал немаловажное значение в формировании плацентарной недостаточности. Чем больше женщина имеет в анамнезе родов, тем выше риск возникновения проблем связанных с плацентой.

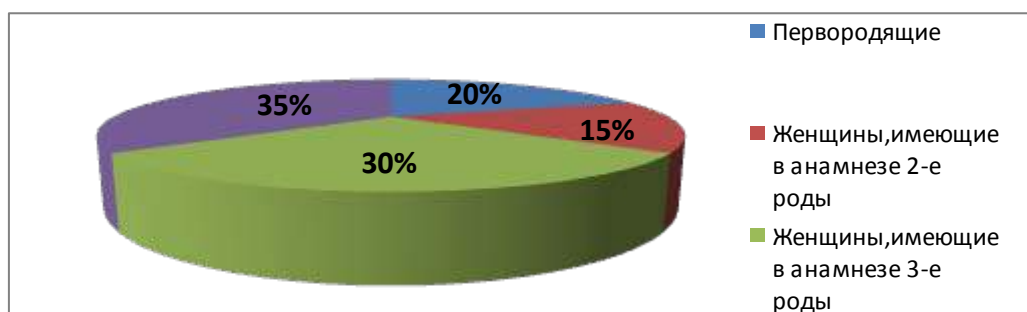


Рис.4. Частота возникновения плацентарной недостаточности, в зависимости от паритета родов по статистическим данным Бирской ЦРБ.

7. 20% родильниц являлись студентами; 35% женщин были безработными; 30% исследуемых родильниц были одиночками (не состоящими в браке) и только 15% женщин состояли в браке и были трудоустроены.

Социальное положение так же влияет на здоровье, в частности на течение беременности и развитие плода, так как у счастливой женщины, имеющей семью, востребованной в работе (социально обеспеченной) больше шансов родить здорового малыша.

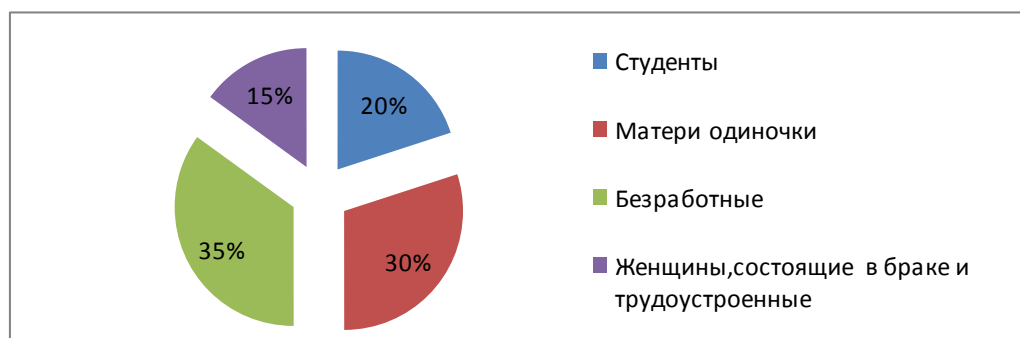


Рис.5. Распространение плацентарной недостаточности, в зависимости от социального положения родильниц.

Заключение и выводы:

Проанализировав полученные данные, нам удалось еще раз убедиться что:

1. Патологии плаценты крайне негативно влияют на развитие плода;

2. Существует множество факторов способствующих развитию фетоплацентарной недостаточности, но самые распространенные из них: паритет родов, социальное положение беременной и наличие экстрагенитальных патологий в анамнезе.

3. Очень важно знать о методах профилактики данной патологии и необходимо ответственно подойти к вопросам пропаганды здорового образа жизни среди населения.

Данный исследовательский проект является актуальным, имеет практическую и научную значимость, может быть использован в системе волонтерского движения, внеаудиторной исследовательской деятельности студентов, проведения молодежных просветительских акций по информированности населения и методах профилактики патологии плаценты.

Литература

1. Лысак, Л.А. Акушерство [Текст]: учеб. пособ./Л.А.Лысак.- Ростов н/Д: Феникс, 2013.- 384с.

2. Плацентарная недостаточность [Текст] / Г.М. Савельева [и др.] – М.: Медицина, 1991. – 276 с.: ил.